

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA MÜHL

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:  
UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA REGIONAL DE SAÚDE DO  
LITORAL DO PARANÁ**

CURITIBA

2015

CAMILA MÜHL

**A atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial:  
Um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do litoral do Paraná**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Linha de Pesquisa:** Psicologia Clínica

**Orientador:** Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda

CURITIBA  
2015

Catálogo na publicação  
Mariluci Zanela – CRB 9/1233  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Mühl, Camila

A atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do litoral do Paraná / Camila Mühl – Curitiba, 2015. 132f.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia – Aspectos sociais. 3. Psicólogos – Saúde mental. 4. Rede de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD158



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Setor de Ciências Humanas  
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia  
MESTRADO EM PSICOLOGIA





CAMILA MUHL

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO  
NA REGIONAL DE SAÚDE DO LITORAL DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do  
Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado  
em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR — Universidade  
Federal do Paraná, e APROVADA (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora  
abaixo assinada.

  
**Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda**  
Universidade Federal do Paraná  
Professor orientador

  
**Prof. Dr. José Miguel Rasia**  
Universidade Federal do Paraná  
Professor titular

  
**Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias**  
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba  
Professor titular

Curitiba, 06 de março de 2015.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Cleide e Luiz, e minha irmã Karine, por compreenderem o caminho singular que eu escolhi traçar, caminho que me leva para longe, e ainda assim me dão todo o apoio que eu preciso.

Ao Felipe, meu companheiro na vida e nas ideias, a quem me faltam palavras para agradecer a importância nessa jornada e por isso digo apenas: obrigada por tudo, por todos os dias.

À Raquel B. e Luana B., por perdoarem as minhas ausências.

À Micheli B., Camila Z., Jeana A., Romana M., Eluana B., Jana R., Jana B., Tatiane S., Bárbara K., Tabata S., Caro C., Vitor J., Viviane D., Sandra P., Simone e Valentina, Bruna e Isabelle, pelos risos tão necessários no meio do caminho.

Aos meus primeiros mestres: Prof<sup>ª</sup> Verena e Prof<sup>ª</sup> Lisandra por me mostrarem que outro caminho era possível, Prof<sup>ª</sup> Letícia pelo exemplo de ética, Prof<sup>ª</sup> Ângela e Prof<sup>º</sup> Juliano pelas conversas, e, em especial, Prof<sup>º</sup> Álvaro por me ensinar a pesquisar.

Ao meu (des)orientador Prof<sup>º</sup> Adriano Furtado Holanda - espero ter estado à altura da confiança em mim depositada.

Aos companheiros dos grupos de pesquisa Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade UFPR/CNPq e Sociologia da Saúde UFPR/CNPq, já que sem as suas interlocuções esse trabalho não seria possível.

Aos professores convidados para a qualificação e para a defesa, Prof<sup>ª</sup> Daniela, Prof<sup>º</sup> Kimati e Prof<sup>º</sup> Rasia, pelo tempo e carinho que dedicaram ao meu trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPR pelo tempo e conhecimento investidos em mim.

À CAPES, pela bolsa concedida que me permitiu concluir essa dissertação.

### ***Buscando o sentido***

O sentido, acho, é a entidade mais misteriosa do universo.  
Relação, não coisa, entre a consciência, a vivência e as coisas e os eventos.  
O sentido dos gestos. O sentido dos produtos. O sentido do ato de existir.  
Me recuso a viver em um mundo sem sentido.  
Estes anseios/ensaios são incursões conceptuais em busca do sentido.  
Pois isso é próprio da natureza do sentido: ele não existe nas coisas, tem que ser  
buscado, numa busca que é sua própria fundação.  
Só buscar o sentido faz, realmente, sentido.  
Tirando isso, não tem sentido.  
*Ensaaios e Anseios Crípticos – Paulo Leminski*

### ***Celebração das contradições/2***

Desamarrar as vozes, dessonhar os sonhos:  
escrevo querendo revelar o real maravilhoso,  
e descubro o real maravilhoso no exato centro do real horroroso da América.  
Nestas terras, a cabeça do deus Elegguá leva a morte na nuca e a vida na cara.  
Cada promessa é uma ameaça; cada perda, um encontro.  
Dos medos nascem as coragens; e das dúvidas, as certezas.  
Os sonhos anunciam outra realidade possível e os delírios, outra razão.  
*O Livro dos Abraços - Eduardo Galeano*

## RESUMO

O Brasil vive uma época de mudanças na legislação e nas diretrizes de saúde mental, e este estudo se insere nesse contexto, com o objetivo de pesquisar a atuação do profissional da psicologia nos serviços de saúde mental de Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, instituída pela Portaria 3.088 de 2011. Nesse estudo pesquisou-se uma RAPS específica, a formada pelos municípios do litoral paranaense (Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná), abrigados na 1ª Regional de Saúde do estado. Seguindo uma metodologia fenomenológica, foram entrevistados seis psicólogos que atuam em quatro Centros de Atenção Psicossocial na referida Regional sobre a sua atuação profissional. A análise e discussão dos dados se dá distribuída em três eixos distintos: 1º eixo: as particularidades que o território traz para as práticas dos psicólogos, nesse caso, a temporada de verão que acaba por afastar os usuários do serviço; 2º eixo: a descrição das atividades desenvolvidas pelos psicólogos dentro do serviço que se apresentam com objetivos distintos – clínico, burocrático e político –; 3º eixo: a vivência desses profissionais no seu cotidiano, que se apresenta como muito conflituosa e cercada de dualismos e sentimentos contrários em relação aos mesmos estímulos. Pode-se perceber com esse estudo que a rede de atenção à saúde mental ainda está em fase de formação no litoral do Paraná, o que traz imensas dificuldades para a atuação dos psicólogos na RAPS, que precisam se reinventar e reinventar as suas práticas para dar conta da realidade do serviço.

**Palavras-chave:** Psicologia. Atuação Profissional. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

Brazil is experiencing a time of change in legislation and in mental health guidelines, and this study falls within that context, in order to research the professional performance of psychology in mental health services Psychosocial Care Network - RAPS established by Ordinance 3088, 2011. In this study researched one RAPS specifies the municipalities formed by the coast of Paraná (Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá and Pontal do Paraná), housed in the 1st Regional state Health. Following a phenomenological methodology, we interviewed six psychologists who work in four mental health services in that Region on their professional practice. The analysis and discussion of the data occurs distributed in three different axes: 1st axis: the specific characteristics of the territory brings to the practices of psychologists, in this case, the summer season which ends up away service users; 2nd axis: a description of the activities developed by psychologists within the service who present with different goals - clinical, bureaucratic and political -; 3rd axis: the experience of these professionals in their daily lives, which presents itself as very confrontational and surrounded by dualisms and contrary feelings in relation to the same stimuli. Can be seen with this study that the mental health care network is still being formed on the coast of Paraná, which brings great difficulties to the work of psychologists in RAPS, they need to reinvent themselves and reinvent their practices to give account service reality.

**Keywords:** Psychology. Professional Practice. Mental health. Psychosocial Care Network.



## SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. O (NÃO)USO DO TERRITÓRIO NA SAÚDE MENTAL: Uma reflexão a partir da Rede de Atenção Psicossocial do Litoral do Paraná .....	16
2.1. Introdução.....	16
2.2. A Proposta da Rede de Atenção Psicossocial .....	16
2.3. Território: o mundo ao nosso alcance .....	26
2.4. Método .....	31
2.5. A Rede de Atenção Psicossocial do litoral paranaense .....	33
2.6. Considerações acerca do território e da RAPS.....	47
2.7. Referências .....	48
3. A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL: Inserção e atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial .....	53
3.1. Introdução.....	53
3.2. Inserção do Psicólogo nas Políticas Públicas .....	54
3.3. A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde Mental.....	57
3.4. Método .....	61
3.5. Os Fazeres do Psicólogo na Saúde Mental.....	64
3.5.1. Fazer Clínico .....	65
3.5.2. Fazer Burocrático.....	87
3.5.3. Fazer Político.....	91
3.6. Um dia típico .....	96
3.7. Considerações sobre a atuação dos psicólogos na RAPS .....	97
3.8. Referências .....	99
4. AS DUAS FACES DA MESMA MOEDA: A vivência dos psicólogos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial.....	103
4.1. Introdução.....	103

4.2.	Buscando a compreensão da vivência.....	103
4.3.	Método .....	105
4.4.	Os psicólogos do Litoral do Paraná .....	107
4.5.	As vicissitudes de ser-psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial .....	107
4.5.1.	Satisfação versus frustração .....	109
4.5.2.	Identificação com a área de saúde mental versus designação aleatória para o cargo .....	112
4.5.3.	Legislação versus realidade do serviço.....	115
4.5.4.	Vida profissional versus vida pessoal.....	117
4.6.	Algumas considerações sobre ser-psicólogo na saúde mental .....	118
4.7.	Referências .....	119
5.	Considerações Finais ou Colocando a Casa em Ordem .....	121
	ANEXOS.....	125

## 1. Introdução

*Tudo aqui é vida.*  
Wilhelm Dilthey

Toda dissertação surge de uma pergunta, um problema de pesquisa, mas de onde surge um problema de pesquisa? Um problema de pesquisa surge da vida, a vida que choca, impacta, sensibiliza, deslumbra, impressiona, questiona, te deixa com a “pulga atrás da orelha”. Por isso, a título de introdução deste trabalho, quero dividir minha vida com os que aqui lêem o que escrevo. Minha vida, meu mundo, meus caminhos, minha pulga atrás da orelha.

No ano de 2011, meu último ano na graduação de Psicologia, comecei a desenvolver meu estágio supervisionado<sup>1</sup> em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município do oeste de Santa Catarina. Conversei com a minha supervisora de campo, a psicóloga do serviço, já há muitos anos atuando em saúde mental e desenvolvemos um plano de atividades que me deixava bem livre para atuar no serviço e nos espaços deste conforme as demandas que surgissem, acompanhando, por exemplo, a oficina de artesanato junto com a oficineira, e bastante focado no atendimento de grupos (grupos com os usuários e grupos de familiares). No final do primeiro semestre desse mesmo ano, a equipe de saúde mental do município foi desmontada pela gestão que contratou outros profissionais, e eu, a estagiária, passei a ser a segunda pessoa com mais tempo de atuação no serviço, acima de mim nessa conta, somente a auxiliar de serviços gerais. Quando minha nova supervisora chegou, recém formada e ainda descobrindo como se faz saúde mental, ela pediu que parasse com todas as atividades que eu desenvolvia, e me apresentou uma nova companheira, a agenda, e a partir disso nosso foco passou a ser o atendimento individual dos usuários do serviço, que antes não recebiam esse tipo de atendimento.

Mudanças são difíceis, ainda mais para uma estagiária insegura. Fui procurar ajuda: leis, portarias, manuais, referências técnicas, livros, artigos e nada encontrei que me dissesse quais eram as atividades esperadas de mim enquanto psicóloga dentro de um Centro de Atenção Psicossocial. Afinal, grupo pode, atendimento individual também, oficina também está liberado, atenção a família é recomendado, isso e mais visitas domiciliares, promoção da reinserção social, atividades comunitárias,

---

<sup>1</sup> Este estágio deu origem ao artigo “Um novo agir: Ampliando os espaços de escuta nos Centros de Atenção Psicossocial” de autoria de Camila Muhl, Danielle Lasarotto Feltes e Verena Augustin Hoch e publicado nos Anais do Congresso Internacional de Saúde Mental – Unicentro, 2013.

acolhimento, avaliação e elaboração do Projeto Terapêutico Individual. De que forma, então, o psicólogo consegue significar o seu trabalho diante de tantas atividades, muitas delas com objetivos tão distintos?

Com todas essas questões na cabeça ingressei no mestrado com o intuito de pesquisar a atuação do psicólogo dentro dos Centros de Atenção Psicossocial. Mas nesse período de tempo entre o meu estágio supervisionado e a minha entrada na pós-graduação surge uma inovação na assistência à saúde mental no Brasil, um modelo que repensa a Atenção Psicossocial, ampliando os serviços e atribuindo tarefas de atenção a saúde mental em todos os níveis de atenção do SUS. É a implementação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que passa a ser meu novo objeto de estudo.

Aqui vale nos determos um pouco sobre o conceito de Rede. Em saúde mental identificamos dois tipos de redes diferentes, ainda que sobrepostas, que nomearemos no decorrer do estudo da seguinte forma: 1) a Rede de Atenção a Saúde Mental é a rede constituída em torno das pessoas com transtornos mentais e reúne “recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer” (Ministério da Saúde, 2004, p.11), ou seja, uma rede que entrelaça os vários aspectos da vida de uma pessoa; já a 2) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reúne exclusivamente os equipamentos da área da saúde e têm como finalidade apenas as ações de cuidado no âmbito do SUS. O mote desse trabalho é o segundo tipo de rede – a RAPS – mas em vários momentos desse trabalho faremos referência também à Rede de Atenção a Saúde Mental.

A Rede de Atenção Psicossocial regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, é um recurso que surge a partir da Lei 10.126 (Brasil, 2001), que reorganiza o atendimento e os serviços de saúde mental em nosso país. A Lei 10.216 e a Rede de Atenção Psicossocial já são os frutos da Luta Antimanicomial e do processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que busca principalmente desinstitucionalizar as pessoas com transtornos mentais, tirando-as dos Hospitais Psiquiátricos e inserindo-as em serviços comunitários de saúde mental.

A RAPS tem como ponto de partida os serviços do Sistema Único de Saúde – como as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Hospitais, Centro de Atenção Psicossocial – e é formada por vários profissionais que atuam no âmbito da saúde mental – médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais. Dentre esses profissionais, o nosso foco de interesse

permaneceu sendo os profissionais da Psicologia. O objetivo do presente trabalho se constitui então da seguinte forma: compreender a atuação dos psicólogos nos serviços pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, pensando principalmente em quais são as práticas destes profissionais na sua atuação cotidiana, e como essas práticas são significadas por esses profissionais. Sendo, portanto, um trabalho que se ocupará não só da atenção à saúde mental, mas é também um *pensar o fazer*, que pretende contribuir para as discussões sobre quem é o profissional da Psicologia no Brasil.

Seguindo as pistas deixadas por grandes pensadores como Husserl e Dilthey, num exercício de voltar às coisas mesmas, de desvelar a realidade, procuramos compreender como é a experiência da atenção psicológica ofertada no sistema público de saúde mental, que só pode se constituir na relação entre duas pessoas, ainda que uma atenda pelo nome de profissional e outra de usuário. O nosso foco então foia vivência desse profissional dentro do serviço, entendendo que é esta vivência que pode nos dar os subsídios sólidos para conhecermos a atuação do profissional do psicólogo nesse contexto.

Para cumprir tal objetivo, fizemos uso dos conceitos da fenomenologia, principalmente o conceito de vivência entendido por nós como um sinônimo de experiência vivida, ou seja, a forma como uma pessoa apreende uma situação e reage a ela. Retomando Dilthey, e lhe atribuindo o lugar de destaque que merece, queremos falar do sujeito que está em relação com o mundo da vida, do sujeito que só é no mundo da vida e que pugna por compreensão.

A vivência se realiza sempre a partir de uma configuração, num certo lugar, num certo período de tempo, numa certa cultura, na inter-relação entre determinadas pessoas, o que Husserl chama de *mundo circundante*. Destarte, consideramos fundamental propor nesse trabalho também uma discussão acerca do território, pois ele não só é um fator fundamental para entender a vivência dos profissionais da Psicologia na sua atuação em saúde mental, como também é um conceito muito caro às políticas de saúde mental no Brasil.

Para tal, é necessário pensar em um território específico, e o território por nós escolhido foi a 1ª Regional de Saúde do Paraná que é constituída pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná, e que tem como especificidade ser um território litorâneo, constituído majoritariamente por municípios de pequeno porte. Pensar as especificidades de cada

território ajuda a pensar a atuação dos profissionais e de que forma a Rede de Atenção Psicossocial pode ser construída.

No percurso da pesquisa, depois de a mesma ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (sob o protocolo 25380113.6.0000.0102) e também pelo Comitê Intersetorial de Saúde Mental, órgão sob o qual a pesquisa foi desenvolvida, entramos em contato com o Comitê Intersetorial de Saúde Mental da referida Regional, onde nos foram disponibilizadas informações sobre a RAPS e também os contatos dos serviços de referência em saúde mental das cinco cidades<sup>2</sup> que os possuíam. Passamos então a visitar as cidades, os serviços e entrevistar os psicólogos que eram o foco do nosso estudo. As entrevistas foram abertas e dessa forma obtivemos uma grande quantidade de conteúdo para o nosso estudo.

Com tantas questões para pensar, com peças que nem sempre tem encaixe perfeito como um quebra-cabeça, optamos por tentar resolvê-las através de três perguntas – que consistem os nossos objetivos específicos – sobre a atuação dos psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial: 1) Onde os psicólogos estão atuando? 2) O que eles estão fazendo? e 3) Como é essa experiência? Partindo dessas três perguntas constituímos os três capítulos desse trabalho, capítulos que são independentes entre si, contando com problema de pesquisa, introdução, método, conclusões em cada um deles, como forma de responder às perguntas disparadoras. Mas capítulos que também são recursivos entre si, e que na sua junção respondem ao nosso problema de pesquisa sobre qual é a vivência do profissional da Psicologia na assistência a saúde mental. Inclusive, apresentamos o texto em uma ordem que não precisa ser respeitada pelos leitores, que podem livremente acessar o texto pelo capítulo que escolherem, de acordo com as suas preferências.

No primeiro capítulo, apresentaremos uma discussão sobre o conceito de território, tentado aproximá-lo do conceito husserliano de mundo circundante. Para então apresentar a realidade do litoral paranaense conforme os dados oficiais do IBGE e DATASUS e também pelo olhar dos profissionais que ali atuam.

Avançamos para o capítulo seguinte discutindo a inserção dos psicólogos nos serviços públicos de saúde, em especial, de saúde mental. E no campo, buscamos identificar quais são as atividades que os psicólogos desenvolvem nos serviços de saúde

---

<sup>2</sup> Em uma das cidades o serviço de saúde mental (um hospital) não contava com psicólogos no seu quadro de funcionários. Dessa forma, nossas entrevistas foram desenvolvidas em quatro cidades do litoral paranaense.

mental. Conseguimos apurar, então, que os profissionais desenvolvem um grande número de atividades e que estas têm objetivos bastante distintos, por isso, elaboramos as categorias de *Fazer Clínico*, *Fazer Burocrático* e *Fazer Político*.

O terceiro capítulo apresenta a experiência dos psicólogos ao atuarem em saúde mental, principalmente nas suas dualidades: satisfação *versus* frustração, identificação com a área de saúde mental *versus* designação aleatória para o cargo, legislação *versus* realidade do serviço, e profissão *versus* vida pessoal. O capítulo contém também uma discussão sobre os conceitos de fenômeno e vivência.

Esperamos que os nossos apontamentos no desenrolar desse trabalho possam promover avanços no entendimento sobre a atuação da Psicologia no campo da saúde mental pública. Esperamos também ter retratado um pouco do vastíssimo e riquíssimo material que nos propiciaram nossos entrevistados, que confiaram em nós para relatar as suas experiências não só com a profissão, mas também suas experiências de vida. Que com esse texto possamos devolver algo de toda emoção e acolhimento que recebemos pelos serviços que passamos.

## Texto I

## **2. O (NÃO)USO DO TERRITÓRIO NA SAÚDE MENTAL: Uma reflexão a partir da Rede de Atenção Psicossocial do Litoral do Paraná**

### **2.1. Introdução**

Passados dez anos da promulgação da Lei 10.216 (Brasil, 2001) que além de assegurar os direitos às pessoas com transtornos mentais também reorientou a atenção à saúde mental no Brasil, surge uma nova portaria com o objetivo de aparar as arestas e fortalecer o trabalho feito na assistência à saúde mental. A Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS –, consolida o formato de Atenção Psicossocial entendido como o conjunto de ações realizadas no campo da saúde mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e atenção que se orientam por um ideário ético-político substitutivo do modelo hospitalocêntrico (Costa-Rosa, 2013), e empodera todos os níveis de atenção para atuarem em saúde mental, pelo menos no texto frio da lei. Mas como tem se dado esse processo na prática?

O objetivo deste trabalho é refletir sobre a RAPS, e também sobre o conceito de território, tão caro às práticas em saúde mental no nosso país e fundamental para que uma rede funcione; para tal, investigamos uma Rede de Atenção Psicossocial e um território específico: o litoral do Paraná. Esse trabalho, que se caracteriza como uma pesquisa empírico-fenomenológica, se debruçará então em discutir, num primeiro momento, como surge e que contornos toma a proposta da RAPS, em seguida apresentará uma discussão acerca dos significados do território para então apresentar e refletir sobre os dados colhidos no espaço da 1ª Regional de Saúde do Paraná.

### **2.2. A Proposta da Rede de Atenção Psicossocial**

*A loucura é muito mais histórica do que habitualmente se crê,  
mas também muito mais jovem.*  
Michel Foucault

A Rede de Atenção Psicossocial é regulamentada em 2011, pela Portaria 3.088 do Ministério da Saúde com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para pessoas com transtornos mentais como para pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, dentro dos preceitos da Atenção Psicossocial. Sendo a RAPS um recurso tão novo na



área da saúde, procederemos a uma descrição pormenorizada que visa compreender essa rede nos seus diversos elementos constitutivos, em especial o elemento território, que será o elemento da RAPS de destaque nesse estudo.

Entretanto, a necessidade da criação de uma RAPS é bem mais antiga, e por isso, precisamos retornar um pouco na história do atendimento à saúde mental. Para reconstruir brevemente o processo que culminou na implantação da Atenção Psicossocial é preciso apresentar como era assistida a pessoa com transtorno mental<sup>3</sup> nas diferentes épocas e em diferentes sociedades, com seus saberes específicos, além de pensar como o conhecimento sobre o louco se insere no Brasil. Depois dessa reconstituição histórica, vamos apresentar e refletir sobre a legislação e o modelo atual de saúde mental no Brasil.

Foucault (1954/2008; 1961/2005) em seus estudos, reconstrói a loucura nas diferentes épocas do pensamento humano. Num primeiro momento, essa loucura era vivida livremente, sendo uma experiência cotidiana, a qual se procurava mais exaltar do que dominar. A partir do século XVII esse patamar muda completamente e toma a forma de exclusão, a loucura doravante está presa atrás das grades das grandes instituições psiquiátricas. Aqui é preciso destacar que o internamento nesse momento ainda não tem um caráter médico, de tratamento, apenas são retirados da sociedade os membros que lhe causam algum incômodo, não sendo, então, só os loucos reclusos, mas também os criminosos, libertinos, pessoas com doenças venéreas, e todas essas “culpas” acabam sendo atribuídas à loucura.

Somente no século XVIII que o internamento ganha um caráter médico. O que não foi de todo bom, porque se por um lado humanizou o atendimento, por outro, impôs aos loucos um controle social e moral ininterrupto: “o louco devia ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros” (Foucault, 1954/2008, p. 84). O controle médico não é então um controle ético, mas sim, um controle moral, que despoja o louco de sua independência.

É sob esse modelo de cuidado que a Psiquiatria chega ao Brasil, tendo como marco histórico a implantação do Hospício de Alienados Pedro II, que começa a ser construído em 1841. A atenção à saúde mental no Brasil fica por muito tempo condicionada a essas primeiras características: tratamento asilar normalmente em grandes instituições, internações de longo prazo, isolamento e ausência de laços sociais

---

<sup>3</sup> Optamos pela expressão “pessoa com transtorno mental” por ser a grafia presente nas atuais legislações em saúde mental no Brasil, como na Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011).

no tratamento. Nas palavras de Amarante (1994, p. 74): “A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento”. Yasui (2010) ao tratar desse modelo assistencial hegemônico, aponta como suas características a ênfase na doença, uma visão essencialmente biologistica e hospitalocêntrica, com investimentos nas especialidades ao invés de um trabalho interdisciplinar. A partir da década de 70, começam a se levantar vozes contra esse modelo hegemônico, vozes que procuram alcançar um modelo de atenção baseado no cuidado, acolhimento e criação de vínculos, na responsabilização por meio de equipe interdisciplinar e nos recursos do próprio território. Esse processo que buscou a mudança nas diretrizes de atendimento à pessoa com transtorno mental ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica.

Birman & Costa (1994) falam sobre o status de crise que o atendimento às pessoas com transtorno mental recebe nessa época. A crise está em todos os níveis constitutivos da Psiquiatria em atuação: enquanto *sistema assistencial*, o problema está no fato de a clínica ser vista muito mais como uma prestação de serviços do que como um ato terapêutico; enquanto *saber*, a Psiquiatria está sofrendo questionamentos sobre seu real interesse e sobre sua eficácia e enquanto *prática clínica*, o problema se estabelece no momento em que existe um deslocamento de saber e o foco deixa de ser a doença mental para ser a saúde mental, o que, para os autores, acaba obscurecendo o objeto de estudo da Psiquiatria.

Temos que atentar para o fato de que o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias tendo seu sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina e no uso de dispositivos de punição e repressão (Goffman, 1961/1974; Foucault, 1975/2011; Amarante, 2007). É essa a situação que os partidários da Reforma Psiquiátrica destacam e querem transformar, não é uma perseguição ao hospital em si, mas a esse modelo que pune ao invés de tratar, que segrega ao invés de acolher. Um modelo que em última instância serve para manter a ordem, retirando da sociedade os seus membros desviantes, tal qual, uma prisão.

Dentro do campo da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica se apresenta como:

[...] um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto

histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70 (Yasui, 2010, p. 27).

Amarante (1997), ao questionar-se sobre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, entende que o principal deles é a transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura e com o louco. Nesse sentido, as relações precisam ser conduzidas para gerarem a superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, para permitir então que a loucura exista, num ambiente de troca, de solidariedade e de cuidados. Ao pensarmos em termos históricos, o movimento pela Reforma Psiquiátrica chega com um certo intervalo de tempo em nosso país. Enquanto as nações europeias começam a erguer suas críticas contra o modelo psiquiátrico, logo após a Segunda Guerra Mundial, essa discussão só começa a ser feita com maior abrangência no Brasil, na década de 70 (Birman & Costa, 1994; Puchivailo, Silva & Holanda, 2013). Estamos considerando aqui como Reforma Psiquiátrica, os movimentos que para além da crítica, começam a efetivamente se organizar em projetos mais delimitados, no sentido de formar um conjunto de enunciados e propostas, de origem técnica e administrativa, que se desenvolvam em intervenções práticas (Amarante, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é devedora da Reforma Sanitária, sendo que as duas não nascem apenas no campo específico da saúde, mas também da luta contra a ditadura e da luta por direitos. As duas se apresentam também como um processo político de transformação social (Yasui, 2010).

Depois dos anos duros da ditadura no Brasil, os ventos começam a mudar com o último governo militar que começa o processo de democratização no país. A população começa a se organizar, surgem os movimentos pelas Diretas Já e a luta pela Constituinte Livre e Soberana, como reflexos da intenção de o próprio povo propor os rumos da nação (Dias, 2012).

Assim, a partir da metade dos anos 1980 até a última década do século XX, o país viveu um importante processo de mudança no campo político, com o fim da ditadura militar e a instauração do regime democrático. Neste cenário, o campo da saúde e da saúde mental iniciam uma profunda crítica e análise da sua política, iniciando debates e mobilizações que se expressarão nos denominados movimentos da reforma sanitária e reforma psiquiátrica (Dias, 2012, p. 1038).

A Reforma Sanitária no Brasil começa na década de 70, com o objetivo de buscar a democratização da saúde, o que se mostrava impossível nessa época de repressão da ditadura. Estudantes, professores, setores populares e entidades de profissionais de saúde organizaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que passou a defender mudanças na saúde. O CEBES foi o grande partidário do reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado e da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado e democrático, garantindo a participação social na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (Paim, 2008).

Já pelo lado da Reforma Psiquiátrica, a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental estava vinculada à luta dos demais setores sociais: uma luta em busca da democracia plena, por uma organização mais justa da sociedade, pelo fortalecimento dos sindicatos e dos movimentos sociais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental chegou a aprovar, nessa época, várias moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização dos trabalhadores e dos estudantes e pela anistia aos perseguidos políticos (Amarante, 2013). E existe ainda outro agravante em relação à assistência ofertada em saúde mental durante a ditadura militar, conforme relatado por Amarante (2013), que são as acusações contra o governo militar de que no sistema nacional de assistência psiquiátrica existia tortura, negligência, corrupção e fraudes. Esse fato desencadeia uma maior organização por parte daqueles que querem denunciar a utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social. A partir de então começa a se constituir um pensamento crítico sobre as práticas médicas e psiquiátricas e as primeiras propostas de projetos alternativos ao modelo asilar dominante.

Yasui (2010) sintetiza, da seguinte forma, as primeiras quatro décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira: no final dos anos 70 começam as primeiras críticas mais radicais ao manicômio; nos anos 80 surgem os novos modelos de instituições e as novas formas de produzir cuidados em saúde mental, nesse mesmo período a Reforma Psiquiátrica se firma enquanto movimento social; nos anos 90 a reforma se consolida como uma política nacional de saúde e no ano de 2001 temos a aprovação da Lei 10.216 que redireciona o atendimento em saúde mental para o modelo da atenção psicossocial.

Antes de passarmos para a próxima fase da assistência à saúde mental no Brasil, é preciso fazer algumas observações sobre a trajetória histórica da atenção à doença mental recontada neste trabalho. Quando falamos de doença mental existem sempre

diversos pontos de vista, muitos lados da história e muitos movimentos que lutam pela pauta antimanicomial mas que apresentam divergências em seus pensamentos: como a Psiquiatria Preventiva norte-americana, a Antipsiquiatria de David Cooper e Ronald Laing e a Psiquiatria Democrática italiana, para citar alguns. Diante da brevidade deste trabalho e das suas características foi impossível retratar todos esses movimentos e por isso operamos algumas opções teóricas que não dão conta da totalidade, mas apontam algumas pistas para a compreensão do quadro geral. Em um trabalho anterior (Muhl & Berlatto, 2014) descrevemos um pouco desses conflitos e da multiplicidade dos atores no campo da saúde mental, em especial no movimento da Reforma Psiquiátrica.

Voltemos agora para o momento em que passa a vigorar a Atenção Psicossocial. A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, é outorgada com o objetivo de garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e é a partir dela que as transformações no modo de compreender e atender a demanda em saúde mental já iniciadas no país ganham força. O grande diferencial que a supracitada lei traz é que a internação psiquiátrica passa a ser a última opção no tratamento das doenças mentais, deixando de ocupar o lugar preferencial que ela até então possuía, como podemos notar no 4º artigo e nos seus subsequentes parágrafos:

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º (Brasil, 2001, p--).

A atenção psicossocial é construída, segundo Carvalho (2013), a partir de um conceito mais amplo de saúde e doença, que engloba não só os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais e para tal exige um cuidado interdisciplinar, onde, através de diferentes abordagens metodológicas e terapêuticas, é possível direcionar a atenção não só para o usuário, mas também para os familiares, os

profissionais e a comunidade de modo geral. Outra transformação importante que vem com o modelo de atenção psicossocial é a criação de vínculos entre profissionais e usuários, ou para usar o termo de Amarante (2007): os profissionais “responsabilizam-se” pelas pessoas que estão sendo cuidadas. O que o autor quer dizer é que no modelo tradicional asilar, as relações se davam entre o médico e a doença, onde o paciente ficava obscurecido e somente seus sintomas eram tratados, já na atenção psicossocial, o que se propõe é uma relação entre sujeitos, os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, mas ambos como detentores de uma subjetividade e individualidade que entram em relação.

Essas mudanças propostas pela Lei 10.216 tomam forma nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS<sup>4</sup>, apontado pelas publicações do SUS como a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004). Assim sendo, os CAPS

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Tendo como característica central ser um serviço aberto e comunitário de saúde, os CAPS se apresentam em diversas modalidades<sup>5</sup>, de acordo com a população atendida (Transtornos mentais graves e severos, Álcool e Drogas, Infantil) e com o número de habitantes da cidade em que se instala (I, II, III). Nessas cidades tem a função de organizar e fazer o direcionamento local das políticas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2004).

A passagem de um hospital psiquiátrico tradicional para outras formas de cuidado, organização e assistência pode ocorrer de formas bastante diversas; é o que defende Basaglia, Ongaro, Casagrande, Jervis, Comba, Pirella, Schittar & Slavich (1994), e o ponto onde essas novas formas de atenção vão chegar é sempre

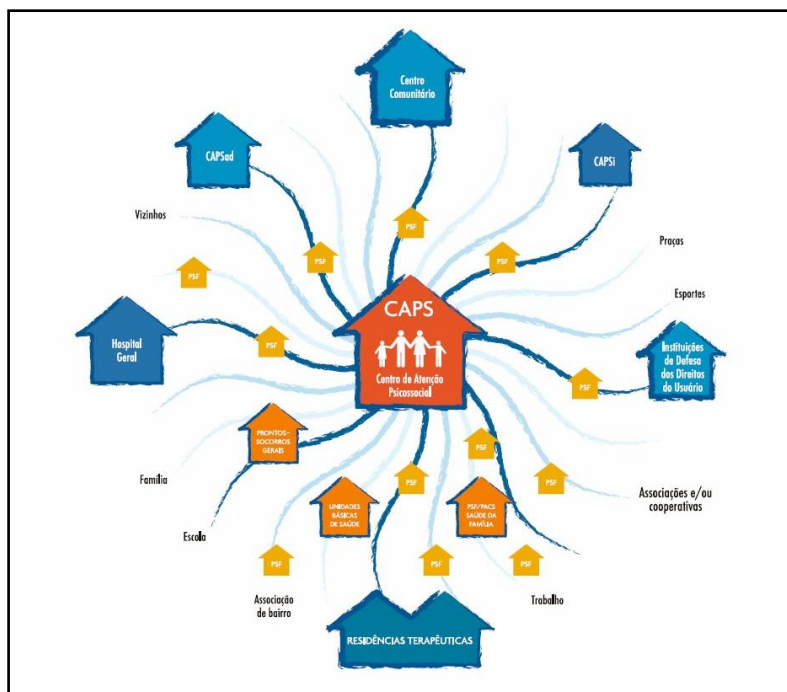
---

<sup>4</sup> Criados oficialmente a partir da Portaria GM 224 (1992), os CAPS passam a ser implantados em grande escala no Brasil a partir da Lei 10.216 (2001).

<sup>5</sup> Para cidades entre 20 e 70 mil habitantes é o CAPS I. O CAPS II atende cidades com população entre 70 e 200 mil habitantes e CAPS III para cidades com mais de 200 mil habitantes. Ainda existem os CAPSi para o atendimento de crianças e adolescentes e os CAPSad para atendimento de usuários de álcool e drogas (Ministério da Saúde, 2004).

desconhecido. Ressalta-se apenas que elas partem do mesmo ponto: a negação do hospital psiquiátrico tradicional. Destarte, se o ponto de chegada é desconhecido, é possível que ocorram desvios e equívocos durante o percurso e o caminho precise ser corrigido, e é mais ou menos com esse objetivo que a Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) é implantada, como uma forma de repensar o modelo de atenção psicossocial já em vigor no Brasil.

Como já vimos anteriormente, com a Lei 10.216 (Brasil, 2001) os CAPS têm lugar estratégico na atenção à saúde mental, centralizando as ações em saúde mental e gerenciando o deslocamento do usuário dentro da rede de atenção. Entretanto, na realidade, o CAPS encontra dificuldades para exercer eficientemente o seu papel de controle da assistência em saúde mental. A centralidade do CAPS pode ser notada na Figura 1 que representa a rede de atenção a saúde mental segundo o entendimento do Ministério da Saúde à época da promulgação da lei da reforma psiquiátrica brasileira:



**Figura 1** – Rede de Atenção à Saúde Mental (Fonte: Ministério da Saúde, 2004)

Não se trata aqui de uma crítica ao serviço CAPS, mas sim à impossibilidade da rede de atenção a saúde mental ser criada a partir de apenas um serviço. Citamos a seguir alguns dos fatores que impedem o fortalecimento da rede tal qual apresentada na Figura 1: são poucas unidades de CAPS no país, os profissionais também são poucos para lidar com uma demanda tão grande, há falhas na formação dos profissionais, em

alguns casos, não há identificação com as premissas da Reforma Psiquiátrica e a atenção primária não está preparada para dar o suporte que é necessário ao CAPS.

A atenção primária é fundamental para uma ação eficaz em saúde mental, já que nesta área a complexidade atua invertida. Na medicina em geral, a complexidade tem um caminho ascendente: da rede básica com intervenções mais simplificadas para a rede terciária que vai operar com recursos mais especializados. Isso não ocorre na saúde mental, onde a maioria dos usuários já está inserida na rede terciária – hospitais psiquiátricos – e o grande desafio é atender a essas pessoas na atenção primária, com todos os desafios que esse tipo de atenção implica, já que atua junto à pessoa em seu território e em meio a suas relações sociais (Amarante, 2007).

A RAPS vem com o objetivo de qualificar ainda mais esse atendimento à pessoa com transtorno mental, retirando a hierarquia dos serviços de atenção à saúde mental: agora todos os dispositivos estão em igualdade perante à RAPS. Cada serviço atua desempenhando ações específicas em saúde mental, mas essas ações devem convergir, formando um todo integrado. É importante salientar que a ideia de rede de atenção à saúde não surge com a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial: desde a Lei 10.216, o Ministério da Saúde já trabalhava com a noção de Rede de Atenção à Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004), que envolve além dos serviços oficiais de saúde, as associações de bairro, os centros de convivência, cooperativas, instituições que propiciam lazer, esporte, cultura e a comunidade, todos agindo como dispositivos de promoção de saúde mental. Ainda é possível associar a noção de rede aos princípios diretores do SUS de descentralização, regionalização e integralidade do cuidado.

No texto da Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) todos os dispositivos de saúde pertencentes à RAPS são listados, e não só os específicos de atenção especializada a Saúde Mental, como os CAPS. Vejamos quais são esses dispositivos:

**I - Atenção Básica em Saúde:** é formada por dispositivos como Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem como seu objetivo dentro da RAPS as ações de cuidado, promoção e prevenção em saúde mental. Também fazem parte da Atenção Básica as equipes de Consultório de Rua que atuam de forma itinerante ofertando ações em saúde para as pessoas em situação de rua e também ofertam ações de redução de danos junto aos usuários de álcool e outras drogas.



**II - Atenção Psicossocial Especializada:** compreende todas as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III, i, AD) que realizam o atendimento interdisciplinar dos usuários de saúde mental.

**III - Atenção de Urgência e Emergência:** inclui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), e os serviços de urgência e emergência dos hospitais. Esses dispositivos têm como função, no âmbito da RAPS, acolher e realizar a classificação do risco dos casos de urgência e emergência que envolvam pessoas com transtorno mental, em sofrimento psíquico ou que fizeram uso nocivo de álcool e outras drogas.

**IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório:** inclui as Unidades de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas e oferecem cuidados contínuos de saúde para as pessoas com transtornos mentais.

**V - Atenção Hospitalar:** a atenção hospitalar também faz parte da RAPS, não mais para internações de longa duração, mas para casos graves, como crises ou intoxicações severas por álcool e outras drogas. Esse tipo de atenção agora é ofertado através das enfermarias especializadas em hospitais gerais ou Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

**VI - Estratégias de Desinstitucionalização:** são dispositivos que buscam a inclusão social de pessoas que passaram por longos períodos de internação, entre eles estão os Serviços Residenciais Terapêuticos que através de uma residência inserida na comunidade, acolhem os egressos dos hospitais psiquiátricos; e o Programa de Volta para Casa que fornece um auxílio financeiro com a finalidade de reabilitação para as pessoas que passaram por internação psiquiátrica de longa permanência.

**VII - Reabilitação Psicossocial:** esse componente da RAPS é destinado às estratégias de geração de trabalho e renda junto às pessoas com transtornos mentais, e compreende as cooperativas sociais e os empreendimentos de economia solidária. Utilizando os recursos do território, essas iniciativas tentam promover a autonomia e a inclusão social dos usuários de saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial inaugura uma reformulação no atendimento em saúde mental no nosso país, mas é preciso muito trabalho para que ela consiga implantar com eficácia suas diretrizes de respeito aos direitos humanos, promoção de equidade, geração de autonomia, combate aos estigmas, cuidado integral, atenção humanizada,

estratégias diversificadas de cuidado e atenção prestada no território e na comunidade (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar de a fase ainda ser de implantação, algumas críticas já podem ser levantadas ao modelo de Atenção Psicossocial. Barros (1994) afirma que muitas vezes o processo de desinstitucionalização acaba por assumir um caráter de desospitalização ou transinstitucionalização, em que os pacientes recebem alta pela pressão que ocorre contra o hospital psiquiátrico, mas são logo transferidas para outras instituições. Nesse sentido, Pande & Amarante (2011) ainda alertam para o fato que mesmo o CAPS pode se tornar um local de institucionalização e cronificação dos usuários. Uma outra crítica contundente que cabe ao modelo de atenção psicossocial e seu funcionamento é a tendência dos serviços de cercar os usuários por todos os lados, quase como uma onipresença, tornando a pessoa com sofrimento psíquico em um “usuário-dependente de CAPS” (Yasui, 2010, p.156).

Estando o discurso da Reforma Psiquiátrica consolidado, os vários serviços e dispositivos que surgem com ele se expandem no Brasil, o que nos leva a um segundo momento de discussão: agora se faz imperativo discutir as práticas e os fazeres dentro desses novos serviços e refletir sobre essa nova mentalidade que se pretende atrelada a atenção psicossocial.

### **2.3. Território: o mundo ao nosso alcance**

Para principiarmos a discussão acerca da noção de “território”, atentemos para as seguintes passagens:

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: [...] VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (Portaria 3.088, 2011, Art. 2º).

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que

sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (Ministério da Saúde, 2004, p. 11).

Através das citações apresentadas já é possível perceber a importância do conceito de território para o modelo de atenção psicossocial. Procuraremos então nos aprofundar nessa noção tão cara à atenção à saúde mental, tentando aproximá-la de conceitos fenomenológicos, notadamente do conceito husserliano de mundo circundante, para então pensar sua atual aplicação junto à Rede de Atenção Psicossocial.

A importância desse cuidado em saúde territorializado se justifica pelo fato de que, consoante Portaria nº 4.279: “O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões” (Ministério da Saúde, 2010). Destarte, se existem diferenças marcantes nas necessidades em saúde nas diversas regiões devem existir também diferenças marcantes na oferta em saúde. No âmbito da saúde mental, Yasui (2010) afirma que não é possível pensar num mesmo processo de implantação para todos os serviços de saúde mental, levando em conta que é totalmente diferente a organização de um CAPS num pequeno município no interior da Amazônia onde só é possível chegar de barco, de um CAPS aberto em uma cidade da região metropolitana de São Paulo. O território é distinto, as relações são distintas, a cultura é distinta, a história é distinta e até mesmo as condições econômicas e políticas são distintas.

Esta articulação entre saúde e geografia não é uma exclusividade da saúde mental pois todo o Sistema Único de Saúde opera sobre a lógica das Regiões de Saúde (RAS) que devem contar com dispositivos de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde, de acordo com o Decreto nº 7508 (Brasil, 2011). Vejamos a definição de Região de Saúde:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Art. 2º, item I, Decreto nº 7508, Brasil, 2011).

Nesta citação pode se perceber claramente duas coisas: por um lado a questão do território para o SUS passa por aspectos burocráticos – divisas oficiais entre as cidades, aspectos legais, serviços de saúde instalados – mas, por outro lado, o território ultrapassa (ou encolhe) diante desses aspectos burocráticos: as identificações culturais, as relações sociais, os aspectos econômicos também vão operar recortes nos territórios, para além dos traçados que aparecem nos mapas “oficiais”. Para Yasui (2010) esse conceito de território é relacional, superando uma delimitação geográfica sobre a qual um serviço seria responsável pelo atendimento das pessoas que residem nesse local:

Essa perspectiva do território como processo, como relação, rompe com a noção de esquadramento da sociedade, delimitando áreas de abrangência, considerando apenas o frio mapa de uma cidade. Trata-se aqui de construir/inventar um espaço possível de subjetivação. Talvez não seja muito pensar que, para uma proposta de um CAPS, haverá para cada CAPS um território com sua singularidade e, em cada CAPS, tantos territórios quanto os usuários que lá se encontram (Yasui, 2010, p. 130).

O que pretendemos aqui é a compreensão do território em consonância com a noção de mundo circundante apresentado por Husserl na obra *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. A compreensão de que a subjetividade deve ser entendida numa perspectiva histórica e relacional está presente nos escritos fenomenológicos, desde sua gênese em Husserl, até seus desenvolvimentos posteriores com Merleau-Ponty, Sartre e Lévinas, dentre outros; com profundas repercussões na psiquiatria europeia, através de nomes como Minkowski, Binswanger, Straus, Von Gebsattel, Laing, Cooper e Basaglia, apenas para citar alguns. Além disso, a compreensão de Husserl (1935/2008) vai ao encontro de uma leitura de território que não pode ser compreendido geograficamente ou cartograficamente, já que os mapas e gráficos produzidos por esses saberes são abstrações da realidade; nem mesmo como o aglomerado de homens que habitam um local. Um território é formado por um grupo de pessoas que partilha uma unidade particular de tempo histórico e uma cultura particular.

Essa formação – pessoas, território, história, cultura – deve ser tratada como “(...) unidade de uma vida, de um agir, de um criar espirituais: com todas as finalidades, interesses, cuidados e esforços, com as formações finalisticamente produzidas, as instituições, as organizações” (Husserl, 1935/2008, p.17). Nesse sentido, os serviços

não podem ser burocraticamente instalados numa comunidade, sem considerar as suas particularidades.

Voltando ao conceito de mundo circundante e a partir da ideia de que o território não pode ser reduzido a uma compreensão geográfica, o que Husserl (1935/2008) propõe, inspirado pelo conceito de natureza entre os gregos, é que não tratemos do território em si, mas sim, da representação do território para as pessoas, é esta ação que permitirá conhecer o território de cada pessoa. Compreendemos o território, e o mundo circundante, então, não como algo objetivo, passível de ser reconhecido pelos sentidos, mas como uma representação, uma validação subjetiva:

Mundo circundante é um conceito que tem o seu lugar exclusivamente na esfera espiritual. Que nós vivamos no nosso mundo circundante respectivo, que vale para todos os nossos cuidados e esforços, tal designa um facto que se passa puramente na esfera do espírito. O nosso mundo circundante é uma formação espiritual em nós e na nossa vida histórica. [...] é um contra-senso olhar a natureza circum-mundana como em si mesma alheia ao espírito (Husserl, 1935/2008, p. 15).

Quando falamos de mundo circundante nos referimos ao mundo cotidiano das pessoas, o mundo onde desenvolvem as suas relações. Essa parcela de mundo que experienciamos é o que Schutz (2012) chama de “o mundo que está ao meu alcance”, e é justamente essa parcela de mundo mais proximamente vivenciada, que vai ser gravada na biografia do sujeito como um elemento ou uma fase única.

O mundo social no qual o homem nasce e no qual ele precisa encontrar seu caminho é experienciado por ele como uma estreita rede de relações sociais, de sistemas de signos e símbolos, com uma estrutura particular de significados, de formas institucionalizadas de organização social, de sistemas de status e prestígio etc. (Schutz, 2012, p. 92).

Esse mundo que está ao alcance fornece ao sujeito modelos e receitas para interpretar o mundo social, lidar com os homens e com as coisas com o objetivo de obter o melhor resultado em cada situação (Schutz, 2012). Na Saúde Mental, essa máxima também pode ser aplicada, já que ao olhar para o território, o profissional e o

usuário podem encontrar soluções singulares e inovadoras para lidar com os desafios, desafios que podem ter surgido inclusive do próprio mundo circundante. Yasui (2010) atenta para o fato de que o território é potencialmente positivo e pode servir como norteador das ações a serem construídas pelos serviços de saúde mental. Mas ele pode igualmente ter outras lógicas que produzem sujeição e dominação, práticas distintas do que se propõe na Atenção Psicossocial, o que exige do profissional conhecimento desse território, ação e reflexão.

Nesse sentido, o trabalho no território não vai ser o de construção e promoção de saúde mental, mas o de reprodução da vida, de subjetividade, conforme a atenção territorializada preconiza: a responsabilização pelos sujeitos, pela atenção ao sofrimento desses sujeitos em suas interações no território. “A atitude terapêutica pode assim ser baseada não na tutela, mas no contrato, na reciprocidade; não na promessa de cura ou terapêutica, enquanto projetos fechados, mas em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento” (Giovannella & Amarante, 1994, p. 146).

Mas o território precisa ser uma via de mão dupla: ao mesmo tempo em que os profissionais devem se apropriar das significações de um determinado lugar, seus hábitos, seu funcionamento, sua cultura, sua história, isto não é suficiente para garantir a saúde mental às pessoas ali inseridas. Essa posição é assinalada pelo Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNS, 2010), que defende a contrapartida do investimento no território, como a implantação de políticas públicas de cultura, lazer, educação, esporte e geração de renda, com a valorização dos espaços públicos já existentes e também a criação de novos espaços como centros culturais e esportivos, praças, parques e centros de convivência, estes últimos tendo a sua implantação apoiada pelo Ministério da Saúde (Delgado, Shechtman, Weber, Amstalden, Bonavigo, Cordeiro, Pôrto, Hoffmann, Martins & Grigolo, 2007).

Nessa tentativa de entender o território, não podemos nos afastar das razões de sua importância para a Saúde Mental. O cuidado ao sujeito da loucura sempre esteve pautado no isolamento, na exclusão, onde o louco tinha um lugar diferente do resto da sociedade<sup>6</sup>, a lógica do território vem para romper com essa perspectiva, agora a pessoa

---

<sup>6</sup>Bastide (1967) chama a atenção para o fato de o hospital psiquiátrico não funcionar da mesma forma que os outros hospitais, onde uma pessoa se interna para receber tratamento mas continua a fazer parte da sociedade; a instituição psiquiátrica ganha contornos diferentes, onde o paciente deixa a sua comunidade de origem para participar de uma nova comunidade. É nesse sentido que Goffman atribui aos hospitais psiquiátricos o título de instituição total: “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1961/1974, p. 11).

com transtornos mentais pode receber atenção junto a sua comunidade, junto aos seus laços afetivos, participando efetivamente da sociedade (Bastide, 1967; Yasui, 2010).

## 2.4. Método

*Todo fato humano é por essência significativo.  
Se lhe retiramos a significação, lhe retiramos sua natureza de fato humano.*  
Jean-Paul Sartre

Para cumprir o objetivo de conhecer o território que constitui a Rede de Atenção Psicossocial da 1ª Regional de Saúde do Paraná optamos por conciliar dados quantitativos e dados qualitativos nesse estudo que se embasa no método fenomenológico desde a sua concepção, coleta de dados e análise dos resultados.

Respeitando as particularidades dos dados quantitativos e dos dados qualitativos, Minayo & Sanches (1993) defendem que ambos podem ser usados como complementares se o objeto de estudo assim permitir, sendo até desejável que “(...) as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’ e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa” (Minayo & Sanches, 1993, p. 247).

Os dados quantitativos foram obtidos junto ao DATASUS<sup>7</sup>, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Secretária Estadual de Saúde do Paraná, e tratam-se de números e estatísticas que nos permitem olhar para a realidade dos municípios e as configurações que os serviços e as estratégias de saúde tomam nesta regional de saúde. Os dados coletados foram organizados em tabelas para facilitar a visualização de cada município em particular, permitir a comparação e também uma compreensão do todo.

Para refletir sobre esses dados quantitativos, realizamos entrevistas abertas com profissionais da Psicologia que atuam nos serviços de referência em Saúde Mental, para apreender as impressões destes sobre o território em que estão inseridos. A entrevista foi escolhida por ser um instrumento que permite ao pesquisador ter acesso à experiência vivida e ao significado que o mundo vivido adquire para a pessoa entrevistada e perceber como diferentes pessoas reagem a algo em comum (Andrade & Holanda, 2010), neste caso, o território. Para essa pesquisa, teremos seis colaboradores<sup>8</sup>,

<sup>7</sup> Sítio do Ministério da Saúde na internet que armazena informações e indicadores de saúde e pode ser acessado no seguinte endereço: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

<sup>8</sup> Durante nossas visitas a campo encontramos 8 psicólogos atuando nos serviços de saúde mental, mas dois deles não foram selecionados para participar da pesquisa por não se enquadrarem em um dos critérios de inclusão: estarem atuando a pelo menos 3 meses na Rede de Atenção à Saúde Mental.

que atuam profissionalmente nos serviços de saúde mental da 1ª Regional de Saúde do Paraná, e que foram convidados a responder à seguinte pergunta disparadora: “Como é trabalhar nessa cidade?”.

Como procedimento, entramos em contato com o Comitê Intersectorial de Saúde Mental da 1ª Regional de Saúde do Paraná, onde foram identificados os serviços de referência em Saúde Mental de cada município que constituem essa região de saúde. Dois municípios não possuíam serviço de referência, e em um dos municípios não foi encontrado nenhum profissional da psicologia – foco deste estudo – atuando no serviço, no caso, um hospital. Assim, entramos em contato com os outros quatro serviços, todos CAPS, e agendamos entrevistas com os profissionais no local onde o serviço funciona.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e depois analisadas segundo um modelo adaptado do Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia proposto por Giorgi & Sousa (2010). As adaptações foram necessárias devido ao tema específico deste estudo e também pelo fato de que o modelo dos autores se destina a pesquisas qualitativas e tivemos dificuldade em aplicá-lo a uma pesquisa quali-quantitativa. Desta forma ficaram assim constituídas as etapas para a análise dos dados: 1) Estabelecer o sentido do todo; 2) Determinação das partes – divisão das unidades de significado; 3) Co-relação entre os dados quantitativos e os dados qualitativos; e 4) Determinação da estrutura geral. Apesar das modificações realizadas, salientamos o fato de que a postura necessária a uma investigação fenomenológica como a defendida pelos autores foi mantida: a realização de uma descrição profunda dos dados e a adoção da atitude de redução fenomenológica, cujo objetivo é obter o sentido da experiência:

A fenomenologia reconhece haver uma posição espontânea na vivência cotidiana das coisas e situações, a qual é suspensa quando usamos a redução, implicando, igualmente, uma suspensão de juízos, entendimentos passados, com o objetivo de proporcionar uma visão aberta a novas perspectivas. Assim, ao nível científico, fazendo uso da redução fenomenológica, o investigador aceita o que surge a consciência dos sujeitos, como sendo fenômeno, embora não mantenha qualquer tipo de certeza quanto à sua realidade (Giorgi & Sousa, 2010, p. 87-88).

Essa pesquisa compõe um roteiro mais amplo de uma pesquisa, intitulada “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de



Atenção na Regional de Saúde do Litoral”, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (Protocolo 25380113.6.0000.0102). Os colaboradores foram convidados a participar da pesquisa mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e como forma de manter o anonimato dos colaboradores atribuiremos uma sigla para cada um deles, desenhada da seguinte forma PC1 – onde P faz referência a ser psicólogo o entrevistado, C diz respeito ao lugar onde este atua, no caso, um CAPS e o número é a ordem em que as entrevistas foram realizadas, no caso do exemplo, a primeira entrevista realizada para este estudo.

## 2.5. A Rede de Atenção Psicossocial do litoral paranaense

*Ser, eu sei. Quem sabe, Esta cidade me significa.*  
Paulo Leminski

Segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR (SESA, 2009) que regionaliza e hierarquiza a assistência à saúde no Estado do Paraná, a 1ª Regional de Saúde<sup>9</sup> é constituída pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná. Todos esses municípios localizam-se no leste do estado do Paraná, na zona litorânea, por isso a 1ª Regional de Saúde também é conhecida como Regional do Litoral e tem em Paranaguá a sede da Região.



**Figura 2** – 1ª Regional de Saúde do Paraná (SESA, 2009)

<sup>9</sup> Neste ponto do estudo nós também caímos na contradição de pensar o território em saúde: mesmo com o objetivo pensar um território que é relacional acabamos por partir de um território burocrático – a 1ª Regional de Saúde – para depois articular esse território com a subjetividade das pessoas que ali vivem.

No total, o Paraná tem 22 Regionais de Saúde<sup>10</sup>, detalhadas na Figura 3, que foram constituídas com o objetivo de promover o acesso, a equidade e a integralidade da atenção, além de otimizar o uso dos recursos e diminuir os gastos públicos na área da saúde (SESA, 2009). Cada Regional de Saúde tem características específicas, como a população atendida e a organização dos serviços. Nesta sessão vamos detalhar as particularidades da Regional do Litoral, através de dados estatísticos e também através da avaliação dos profissionais que atuam neste território.



**Figura 3** – Regionais de Saúde do Paraná(SESA, 2009)

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), a 1ª Regional de Saúde do Paraná totaliza uma população de 265.392 habitantes distribuídos nos seus sete municípios, sendo todos de pequeno porte, à exceção de Paranaguá que é considerado um município de grande porte pela Hierarquização dos Municípios do Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS, 2014). Esses dados podem ser observados na Tabela 1:

<sup>10</sup> Observando o nível hierárquico o Paraná possui 52 Microrregiões; 22 Regiões de Saúde; 6 Macrorregiões; e 2 Pólos Estaduais, que são assim definidos de acordo com a população atendida e os serviços ofertados. Para mais detalhes observar o Plano Diretor de Regionalização (SESA, 2009).

Tabela 1

*População Residente nos Municípios Pertencentes a 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	Número de Habitantes
Antonina	18.891
Guaraqueçaba	7.871
Guaratuba	32.095
Matinhos	29.428
Morretes	15.718
Paranaguá	140.469
Pontal do Paraná	20.920
Total	265.392

Fonte: IBGE (2010)

O fato de a maioria dos municípios do litoral apresentarem-se como municípios pequenos e com uma população limitada foi lembrada pelos profissionais durante as entrevistas. Eles consideram esse fator como sendo positivo, por gerar uma proximidade maior entre os profissionais e os usuários dos serviços em que estes atuam, e também com a gestão do município, seja com a Secretaria de Saúde ou com o próprio gabinete do prefeito.

A partir da máxima que “em cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo”, os profissionais relatam que surge uma nova forma de se relacionar com os usuários nesses locais, mais inclinada para informalidade, onde duas pessoas que se conhecem podem estar sendo atendidas no mesmo dia no CAPS, por exemplo, ou ainda, o profissional encontrar um usuário de saúde mental na rua e ser interpelado por ele, como podemos notar na fala a seguir:

*Então eu acho que tem uma proximidade maior, mesmo a gente procurando manter uma certa neutralidade os pacientes acabam te proporcionando esses momentos que são muito bacanas também de vir e “eu vim só te dar um oi” (PC2).*

Essa mesma proximidade também aparece na relação entre os profissionais dos serviços de saúde mental e os seus gestores, os conselhos do município (Conselho de Segurança, Conselho de Saúde, Conselho Tutelar, etc.) e entre as diferentes secretarias municipais também, o que na opinião dos profissionais facilita o trabalho, a tomada de decisão e a resolução de questões importantes:

*[...] o município é pequeno então eu consigo facilmente dialogar no Conselho sobre drogas, eu consigo ter uma facilidade de acesso com a minha própria Secretária, com o Prefeito, o que eu vejo que é necessário realmente para a gente implementar a política pública de saúde mental no município, eu vou estar dialogando com eles, eu não preciso marcar hora na agenda deles não sei para quando, eu ligo ou falo diretamente, e muito das coisas a gente resolve assim, por contato (PC3).*

Se as relações interpessoais parecem facilitadas nesses municípios de pequeno porte, percebe-se que na mesma medida, também podem ser facilitadas as ações dos profissionais em função do baixo número de pessoas a serem atendidas. Pode ser esse o motivo dos profissionais mostrarem predileção em trabalhar nesse tipo de cidade:

*Eu gosto muito mais de cidade pequena porque eu acho que por mais problema que tenha, me parece que é muito mais fácil de se resolver, por uma questão até de número [...] a gente sabe que a cidade que tem uma concentração demográfica maior, as coisas, elas são mais difíceis, essa a minha experiência como profissional e como pessoa (PC3).*

O número de habitantes de uma cidade é fundamental para o SUS, pois é a partir deste dado que são distribuídos e dimensionados os serviços e os dispositivos de saúde entre os municípios. No caso específico da Saúde Mental, temos como um bom exemplo a tipificação dos CAPS, que se dá de acordo com a população residente no município, sendo o CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS II para atender cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, e os CAPS III se destinam a municípios com mais de 200 mil habitantes. Ainda existem os CAPSi que só podem ser abertos em cidades com população superior a 200.000 habitantes e os CAPSad para populações acima de 100 mil pessoas (Ministério da Saúde, 2004).

Entretanto, Delgado et al (2007) alertam para o fato de que o critério populacional é apenas um dos critérios que devem servir como orientadores para o planejamento das ações em saúde. Cabe ao gestor local, articulado com as outras instancias de gestão do SUS, discutir e definir quais são os equipamentos e os serviços que melhor respondem às demandas daquele município específico quando se trata de

saúde mental. Esse pode ser o motivo, por exemplo, de encontrarmos um CAPS em Antonina<sup>11</sup> que tem menos de 20 mil habitantes e por isso estaria liberado de ter um serviço especializado em saúde mental segundo a Portaria nº 336/GM (2002), e não encontrarmos esse mesmo serviço em Matinhos, que teria um número de habitantes apropriado para a abertura de um CAPS.

Além da população dos municípios, outro fator fundamental para compreender o território é a área que esse município abrange, atentando para a Tabela 2, é possível verificar que área e população não têm uma relação direta nesta região, onde o município que tem a maior área, Guaraqueçaba, é também o município que tem a menor densidade populacional entre os municípios estudados neste trabalho. Os dados são do IBGE (2010):

Tabela 2  
*Área Total dos Municípios Pertencentes a 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	Área (km²)
Antonina	882,317
Guaraqueçaba	2.020,09
Guaratuba	1.326,79
Matinhos	117,743
Morretes	684,58
Paranaguá	826,674
Pontal do Paraná	199,873

Fonte: IBGE (2010)

Por se tratar de uma região litorânea, o uso do espaço se apresenta de modo diferenciado, sendo que a população se encontra residindo em toda a extensão do município próxima à orla, em diversos balneários, não tendo a concentração de pessoas em um mesmo centro, como podemos observar na seguinte fala:

*Eu vejo o litoral um espaço físico, no caso, bem interessante até pela questão geográfica, nós temos uma orla bem extensa o que eu acho que dificulta um pouco, vamos dizer assim, a mobilidade das pessoas, então tem paciente que tem que sair lá de [um dos balneários do município] que é longe (PC2).*

<sup>11</sup> Ver Tabela 3 que apresenta a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial na 1ª Regional de Saúde do Paraná.

A localização e a proximidade entre os municípios geram outro acontecimento importante: as divisas do município passam a fazer menos sentido que as distâncias reais e moradores de um município passam a procurar em outro o serviço de saúde que não encontram a sua disposição na sua cidade de origem. Vejamos o relato de um dos profissionais entrevistados, profissional esse que inclusive não reside na cidade onde trabalha no serviço público, tendo que se deslocar para essa cidade todos os dias, tomando o mesmo caminho que fazem os usuários:

*Então, o que a gente vê também com relação a aqui, por não ter próximo CAPS, que nem a outra cidade não tem, então a gente está com os pacientes da outra cidade, a gente acaba atendendo os outros municípios por não terem em todos [...] então são poucos CAPS (PC1).*

O profissional continua o seu relato apresentando a situação de pessoas que chegaram se domiciliar em outra cidade para conseguir ter acesso a um tratamento na área de saúde mental:

*[...] então a gente até brinca assim que está aumentando o índice populacional da cidade depois que o CAPS foi aberto, porque os pacientes sabem que não podem, então “não, eu vou mudar para ai”, então a gente tem uns 5 ou 6 pacientes que não eram do município e vieram para cá, muitos que foram embora, tem uns 3 que foram embora de cidade e voltaram por conta do tratamento que não achou lá na cidade que foi (PC1).*

Essa informação de que nem todas as cidades da Regional contam com CAPS pode ser comprovada pelos dados fornecidos pelo DATASUS (Ministério da Saúde, 2014) a respeito da oferta de serviços em saúde na Regional do Litoral do Paraná:

Tabela 3

*Estabelecimentos por Tipo na 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	Centro de Atenção Psicossocial	Unidade Básica de Saúde	Clínica ou ambulatório especializado	Hospital geral	Posto de Saúde	Pronto Socorro Geral
Antonina	1	1	2	1	6	-
Guaraqueçaba	-	1	-	1	11	-
Guaratuba	1	7	3	1	5	1
Matinhos	-	-	6	1	6	-
Morretes	-	1	3	1	9	-
Paranaguá	1	9	19	4	12	-
Pontal do Paraná	-	4	4	-	1	-
Total	3	23	37	9	50	1

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Segundo esses dados existiriam apenas três Centros de Atenção Psicossocial na Regional, mas em nossa pesquisa de campo descobrimos que existe um quarto CAPS já em funcionamento, realizando atendimento junto aos usuários e sendo mantido pela prefeitura, no município de Pontal do Paraná, mas ainda em processo de credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde. Existem então quatro CAPS I na Regional instalados nas cidades de Antonina, Guaratuba, Paranaguá e Pontal do Paraná. Entretanto, nem todos os profissionais do CAPS recebem com a mesma tranquilidade os usuários que procuram atendimento vindo de outros municípios, como podemos perceber na seguinte fala:

*[...] nós temos município vizinho aqui que vem usuário de lá querer ser atendido, a gente não atende, lógico, que o CAPS é municipalizado, eu não vou tirar vaga de um munícipe para atender uma pessoa que não é nossa, cada município que se vire (PC3).*

Além dos Centros de Atenção Psicossocial, podemos observar na tabela 3, alguns dos outros serviços que fazem parte da RAPS, nos seus diversos níveis de atenção, onde todos os municípios estão assistidos no que diz respeito à Atenção Básica, contando com posto de saúde ou Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, quando subimos para Atenção Secundária, como é o caso dos CAPS, ou Atenção Terciária de alta complexidade, os números já não são tão bons. Em suas entrevistas, os profissionais relataram essa dificuldade, em que os serviços oferecidos não dão conta da demanda que procura atendimento, como podemos observar na seguinte fala, onde um profissional explicita a falta de dispositivos e serviços que atuem em saúde mental:

*[...] tem muita demanda, nem tudo, se tivessem outros dispositivos funcionando melhor, eu ia fazer muito mais encaminhamentos (PC5).*

E para os entrevistados, além da RAPS não dar conta pela falta de serviços, faltam também profissionais para atender essa demanda. Como os profissionais entrevistados eram psicólogos, eles destacam em especial a falta desse profissional na região:

*Acho que a demanda. Aqui no litoral é muito difícil você achar, encontrar os profissionais, são muito poucos profissionais. Aqui na cidade a gente tem uns 5,6 psicólogos mais ou menos, mas assim, todos em ambientes já fechados, e ainda existe mais demanda para ter psicólogo, então assim, é uma demanda grande e falta profissional (PC6).*

*[...] eu comecei a pedir para a pessoa voltar aqui, eu comecei a falar assim “seu caso dá para você ir no psicólogo lá, dá para você ir lá, tem psicólogo lá, vai lá, fazer uma triagem lá, mas se você não for atendido você volta aqui conversar comigo”, e comecei a fazer na minha cabeça uma estatística que todos que eu mandava não eram atendidos, e falei sobre isso, teve até uma reunião, não sei que mudanças vai ter agora (PC5).*

Não temos dados precisos do número de psicólogos atuando nos serviços da RAPS no litoral do Paraná, pois o DATASUS apresenta somente os números totais de profissionais por Regional. Na tabela 4 podemos observar então a quantidade de psicólogos trabalhando na área de saúde em serviços públicos em geral (Ministério da Saúde, 2014):



Tabela 4

*Recursos Humanos dos Municípios Pertencentes a 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	Assistente Social	Enfermeiro	Psicólogo	Psiquiatra
Antonina	2	7	3	1
Guaraqueçaba	-	6	-	-
Guaratuba	3	21	4	-
Matinhos	7	20	3	1
Morretes	-	8	-	-
Paranaguá	15	107	23	1
Pontal do Paraná	2	14	1	-
Total	29	183	34	3

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Nas diretrizes que regem a atenção a saúde mental no país, a saber, o Manual “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (Ministério da Saúde, 2004), Portaria SAS/MS nº 224 (Brasil, 1992) e Portaria nº 336/GM (Brasil, 2002), são nomeados os profissionais que podem fazer parte da equipe de um CAPS, entre eles: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, numa equipe mínima de nove profissionais para um CAPS I. Na realidade da região, os preceitos das normativas não se realizam e encontramos uma equipe com apenas quatro profissionais, por exemplo.

Através dessa tabela é possível perceber ainda que nem todos os municípios contam em seu quadro de funcionários com profissionais fundamentais para a atuação em saúde mental, como assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras. Com a falta desses profissionais, o trabalho em equipe fica dificultado, e o SUS tem muitos dos seus dispositivos baseados em equipes, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família – ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, serviços que fazem parte da RAPS no nível de Atenção Básica.

Outros fatores que consideramos importantes para compreendermos as características da população atendida pelos serviços de saúde mental são a renda e a alfabetização, pois eles nos informam sobre o acesso a educação e cultura e sobre as condições de sobrevivência de uma determinada população. Vejamos primeiro os dados de alfabetização fornecidos pelo IBGE (2010):

Tabela 5

*População Alfabetizada Residente nos Municípios Pertencentes a 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	População alfabetizada
Antonina	83,7%
Guaraqueçaba	77,9%
Guaratuba	86,2%
Matinhos	87,5%
Morretes	85,4%
Paranaguá	87,1%
Pontal do Paraná	87,4%

Fonte: IBGE (2010).

Se a população atendida nos CAPS for um espelho dessa situação maior, a ação no território poderia se inserir aí, com oficinas de alfabetização, ou ainda, encaminhamento dos usuários para programas de alfabetização de jovens e adultos no município.

Atentemos também para a renda *per capita* da população, segundo o IBGE (2010) apresentada na tabela 6. A título de comparação, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013), a renda per capita média no Brasil é de R\$ 793,87, o que não é atingido por nenhum dos municípios do litoral do Paraná.

Tabela 6

*Renda Per Capita Média Urbana e Rural nos Municípios Pertencentes a 1ª Regional de Saúde do Paraná*

Município	Renda per capita - Urbana	Renda per capita - Rural
Antonina	R\$ 403,33	R\$ 311,25
Guaraqueçaba	R\$ 400,00	R\$ 200,00
Guaratuba	R\$ 510,00	R\$ 350,00
Matinhos	R\$ 600,00	R\$ 360,00
Morretes	R\$ 563,33	R\$ 393,33
Paranaguá	R\$ 533,33	R\$ 483,33
Pontal do Paraná	R\$ 550,00	R\$ 274,00

Fonte: IBGE (2010).

Em todos os municípios, a renda média *per capita* urbana é superior à rural. Entre as atividades remuneradas desenvolvidas em meio rural destacam-se a pesca e as pequenas lavouras. No meio urbano, a renda vem das atividades ligadas ao comércio, ao

turismo e ao serviço público (Prefeitura Municipal de Guaraqueçaba, 2014; Prefeitura Municipal de Pontal do Paraná, 2014).

Vejamos a avaliação de um dos profissionais entrevistados sobre as características da população atendida na RAPS na cidade no litoral paranaense em que atua:

*Mas é uma cidade que tem um nível, a gente percebe, que tem um nível econômico baixo, então geralmente o usuário do serviço do CAPS ele vem, além das questões psíquicas, ele vem com outras carências também, carências sociais, financeiras, então, a gente tem que ter sempre esse preceito, vamos dizer assim, de que o usuário que vai vir para a gente vai ser sempre desse nível assim, tem pessoas com o nível de instrução um pouco melhor, temos, mas é uma minoria (PC2).*

Bastide (1967), no livro *Sociologia das doenças mentais*, uma obra clássica, faz um estado da arte dos estudos até então publicados justamente com o objetivo de verificar se existiam grupos, fatores ou zonas que facilitariam o aparecimento de transtornos mentais. Ao investigar as condições de vida de certas áreas, a ruptura dos laços sociais e as diferentes classes sociais, Bastide observou que alguns padrões se repetem e é possível fazer um reconhecimento da distribuição de certos transtornos mentais específicos, ainda que não se possam apreender as causas dessa regularidade a partir de um método rigoroso.

Leão & Barros (2012) ao tentar traçar essa co-relação entre fatores sociais, território e os transtornos mentais, sublinham que essa interação entre as condições de pobreza e o sofrimento psíquico é complexa e multidimensional:

As condições associadas à pobreza e à fragilidade dos vínculos societários, como o desemprego, a privação, o desabrigo, o baixo nível de instrução, contribuem para a manifestação dos transtornos mentais, estabelecendo uma relação que pode ser visualizada por meio de dois prismas. O primeiro refere-se ao mecanismo causal, ou seja, à maior suscetibilidade das pessoas pobres. O segundo refere-se à teoria do empobrecimento, conforme a qual, devido à desvinculação do mercado de trabalho é agravada ainda mais a condição de pobreza (Leão & Barros, 2012, p. 579).

Entretanto, nenhum dado ou explicação deve ser entendido como absoluto. Se existem indícios que associam a pobreza e o surgimento de doenças mentais, temos que considerar também, que no caso da fala destacada, estamos olhando apenas para um recorte, a parcela das pessoas com transtornos mentais atendidas nos serviços públicos de saúde, isso não define a população total, podendo existir pessoas com renda expressiva que estejam em sofrimento psíquico grave e que recebam cuidados na rede particular de saúde, ou ainda, pessoas de qualquer classe, que não recebam nenhum tipo de atendimento na área de saúde mental.

Apesar de já termos afirmado na sessão anterior que não é a geografia, os mapas ou dados estatísticos que caracterizam um território, é também, a partir dessas informações que os sujeitos podem significar o lugar que habitam. Conhecer essas informações pode contribuir para a compreensão do território, mas para uma compreensão global, as significações e os usos do espaço também devem ser levados em consideração. Por exemplo, a renda *per capita* não é um dado absoluto, a questão é saber se essa renda permite a subsistência na cidade específica, quais são as atividades desenvolvidas para conseguir a renda, e se as pessoas consideram essa renda justa, ou ainda, dois municípios podem ter uma área muito parecida mas uma concentração demográfica muito diferente e fazer usos diversos dessa área, o que gera uma realidade muito diferente; são especificidades como essas que caracterizam um território.

Para além dos dados já apresentados, existe uma outra questão que se destaca no território do litoral do Paraná que é a sazonalidade. A rotina, seja dos profissionais, seja dos usuários muda completamente quando chega o verão: é a temporada.

*[...] aqui a gente tem a particularidade de ser a questão da temporada, os três meses da temporada a gente vê que tem muita pouca adesão dos pacientes, eles se afastam nesse período que eles vão trabalhar, [...] ou vem parente, então cai bastante a quantidade de atendimento, de frequência que a gente tem nesse período, nos três meses (PCI).*

Os entrevistados, de uma maneira geral, consideram negativos os efeitos que a temporada exerce sobre o serviço em que atuam e sobre os usuários. Podemos destacar três dessas interferências negativas:

1) Não adesão ou desistência do atendimento:

*[...] eu observo assim na temporada: o abandono, que muitos vão trabalhar, vão fazer bico, porque aumenta muito a demanda de oferta de emprego nessa época, porque daí o comércio aumenta, restaurante, tudo, ambulante na praia, então eles abandonam para poder trabalhar (PC1).*

2) A recaída no caso dos dependentes químicos:

*[...] no caso da dependência, a recaída, com relação ao álcool e outras drogas, porque daí aumenta muito o consumo nesse período, porque os traficantes também ficam, porque vem o pessoal de fora, então aumenta as bocas e tudo isso, até a oferta da cerveja por um parente no final de ano (PC1).*

3) O adoecimento nos meses fora da temporada pela falta de emprego:

*[...] tem a questão da temporada, então, eu acho que a cultura aqui, um pouco, fica em torno disso, muitas vezes as pessoas ganham o dinheiro do ano todo na temporada e durante o ano vai fazendo um bico aqui e outro ali e às vezes adoce mentalmente e acaba utilizando o nosso serviço (PC2).*

Mas existem aspectos positivos nesse território também, como pode ser observado no seguinte relato:

*O aspecto positivo seria a praia, teve um dia que eu peguei os pacientes para fazer o grupo terapêutico lá na praia, aí sentamos nos banquinhos lá, aí teve um paciente que veio tirar uma foto para mandar para a psicóloga lá de São José, que ele veio, ela ia ficar com inveja: “olha aqui o meu consultório de Psicologia” (PC1).*

O uso da praia como um componente terapêutico é um exemplo substancial do que pregam os estudiosos sobre utilizar os recursos do território. Delgado et al (2007) afirmam que o território é a designação que conjuga a área geográfica, as pessoas, as instituições, as redes e os cenários nos quais se dão a vida, destarte, trabalhar no território significa

[...] trabalhar com os componentes, os saberes e as forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (Delgado et al, 2007, p.58).

Os profissionais entrevistados parecem ter um acesso parcial ao conhecimento do território destacando apenas alguns dos aspectos que o constitui, ora cultura, ora geografia, ora as relações; e parecem efetivos em apontar potencialidades e dificuldades, apesar de não conseguirem atuar em relação a isso, modificar a sua prática em relação às particularidades que encontram. Apenas uma profissional relatou uma prática efetiva no território, e quanto às dificuldades, nenhum profissional apontou uma conduta sua ou do serviço na tentativa de resolução da questão, mostrando que se o conhecimento do território e da função deste existe, ainda não se sabe exatamente o que fazer com ele. Leão & Barros (2012) corroboram essa conclusão, e afirmam que mesmo que a equipe de saúde mental tenha um discurso afinado em relação à atenção psicossocial e em relação aos objetivos da RAPS, isso não é suficiente para que ocorra a articulação entre o serviço e o território.

Seguindo essa linha de pensamento, Leão & Barros (2012) ressaltam que são exatamente essas ações no território que dão significado para o cotidiano do serviço, por serem, justamente elas que diferenciam as intervenções de um hospital psiquiátrico e de um serviço comunitário. Por isso a necessidade de insistir nesse tema.

A questão que fica então é como ter acesso a esses saberes e potencialidades que o território proporciona? Com certeza não existe uma fórmula que funcione em todos os lugares, mas parece que um bom começo é sair de dentro do serviço e ir, de fato, para o território, para o contexto, para esse mundo ao alcance.

Neste movimento de ir ao território é que as considerações fenomenológicas podem ser valiosas, pela compreensão de que não é possível interpretar uma experiência abdicando do lugar onde ela encontra recursos para a sua significação e que o mundo circundante não é passível de fragmentações, não é possível recortá-lo, a compreensão deste deve vir do maior número possível de informações que estejam disponíveis. Com essa postura diferenciada acerca do uso do território, começa-se a estabelecer novos modos de relação, não mais baseados na ruptura, na divisão da experiência entre sujeito

e objeto, subjetividade e realidade objetiva, mundo vivido e mundo pensado (Goto, 2013).

## **2.6. Considerações acerca do território e da RAPS**

A Rede de Atenção Psicossocial e o território se apresentam como fatores contribuintes para um atendimento integral e eficaz às pessoas com transtornos mentais, mas o fato de ambos existirem não garante a sua efetividade, essa é uma relação que precisa ser tecida, trabalhada, pensada e repensada constantemente para que se obtenha bons resultados. Com esse estudo pode-se notar que quando se fala em território alguns aspectos se apresentam: população, geografia, trabalho e renda, educação, cultura, política, relações humanas, questões essas que reverberam no atendimento a saúde, em especial na atenção a saúde mental, não sendo possível pensar em cuidado destacado desses aspectos.

Sendo as práticas que levam em consideração o território, relativamente novas – a Lei 10.216 é de 2001 e a Portaria nº 3.088 de 2011 – os profissionais parecem ainda estar se adaptando e aprendendo a lidar com essa nova forma de fazer saúde mental, fazendo o reconhecimento do território, mas ainda agindo muito pouco sobre ele. Por isso grafamos o título deste estudo como “o (não)uso do território”: porque nosso objetivo era estudar os usos, e quando chegamos ao campo percebemos que estes quase não existem.

Assim, é possível levantar algumas possibilidades de respostas para a questão de porque os profissionais não estão atuando no território. A primeira delas diz respeito a uma valorização do serviço enquanto um espaço privilegiado, tendo em vista o avanço que os Centros de Atenção Psicossocial representam para a atenção à saúde mental no país. Nesse sentido, os profissionais trazem os usuários para dentro desse espaço e ali desenvolvem o seu fazer. Uma outra forma de responder o porque da não utilização do território seria assinalar um retrocesso: as práticas desenvolvidas antes do modelo de atenção psicossocial tinham como premissa a institucionalização das pessoas com transtornos mentais dentro dos hospitais psiquiátricos. Poderíamos então questionar se essa lógica de institucionalização não continua presente, mostrando que as diretrizes da Atenção Psicossocial ainda não estão sendo completamente implementadas.

Nesse sentido, uma mudança na legislação não consegue transformar efetivamente as práticas. O profissional pode até compreender as diretrizes da legislação

atual em saúde mental, mas na hora de atuar ele o faz baseado nas suas experiências anteriores, na formação que recebeu, que acabam por ser diversas do que se espera da atenção psicossocial.

Reflexões acerca da (não)utilização do território no âmbito das ações em Saúde Mental são necessárias tanto para o acompanhamento das políticas de atenção, quanto da própria implementação dos serviços. Deve-se refletir sobre o fato que não se muda mentalidades por decreto, e que períodos de transição ou adaptação são plausíveis – senão necessários – para que se possa efetivar ações concretas no campo profissional e social. Dentre essas reflexões, o questionamento acerca das práticas e, principalmente, das realidades de cada “território” mostra-se imprescindível. Ainda nesta direção, os aportes da fenomenologia – particularmente do conceito husserliano de *mundo circundante* – surgem como novas possibilidades de reflexão e de fundamentação das ações clínicas.

## 2.7. Referências

- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: P. Amarante (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1997) Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: S. Fleury (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.
- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2010) *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2013). *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, C. & Holanda, A. F. (2010) Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. (27)2. 259-268.
- Barros, D. D. (1994). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Paulo Amarante (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 171-196). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F.; Ongaro, F.B.; Casagrande, D.; Jervis, G.; Comba, L.J.; Pirella, A.; Schittar, L. & Slavich, A. (1994). Considerações sobre uma experiência comunitária. In:



- P. Amarante (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 11-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bastide, R. (1967). *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Editora Nacional.
- Birman, J. & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: P. Amarante (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*(p. 41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil (2001). *Lei no 10216 de 06 de abril de 2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental)*. Brasília: Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Brasil (2011). *Decreto no 7508, de 28 de junho de 2011 (Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências)*. Brasília: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)
- Carvalho, M. C. (2013). *O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá-MG/Brasil*. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- CEAS, Conselho Estadual de Assistência Social. (2014). *Hierarquização dos municípios para priorização na destinação de recursos*. Retirado de: [http://www.ceas.pr.gov.br/arquivos/File/HIERARQUIZACAO\\_MUNICIPIOS.pdf](http://www.ceas.pr.gov.br/arquivos/File/HIERARQUIZACAO_MUNICIPIOS.pdf)
- CNS, Conselho Nacional de Saúde (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Unesp.
- Delgado, P. G. G.; Schechtman, A.; Weber, R.; Amstalden, A. F.; Bonavigo, E.; Cordeiro, F.; Pôrto, K.; Hoffmann, M. C. C. L.; Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: M. F. Mello & A. B. F. Mello & R. Hohn (Orgs). *Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

- Dias, M. T. G. (2012). História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12 (3), 1024-1045.
- Foucault, M. (2008). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Texto & Grafia (Original publicado em 1954).
- Foucault, M. (2005). *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1961).
- Foucault, M. (2011). *Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão*. Petrópolis: Vozes (Original publicado em 1975).
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de século.
- Giovanella, L. & Amarante, P. (1994). O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: Paulo Amarante (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 113-148). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva (Original publicado em 1961).
- Goto, T. A. (2013). Fenomenologia, mundo-da-vida e crise das ciências: a necessidade de uma geografia fenomenológica. *Geograficidade*, 3 (2), 33-48.
- Husserl, E. (2008). *A crise da humanidade européia e a filosofia*. Corvilhã: Universidade da Beira Interior (Original publicado em 1935).
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia. (2010). *Censo demográfico*. Retirado de: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
- Leão, A. & Barros, S. (2012). Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde & Sociedade*, 21 (3), 572-586.
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-263.
- Ministério da Saúde (1992). *Portaria no 224 de 29 de fevereiro de 1992 (Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)
- Ministério da Saúde (2002). *Portaria no 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>

- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: DF.
- Ministério da Saúde (2010). *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Ministério da Saúde. (2014). *DATASUS – Informações de saúde*. Retirado de: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
- Muhl, C. & Berlatto, F. (2014). Reforma Psiquiátrica e políticas públicas em saúde mental no Brasil. *Sociologias Plurais*, vol. esp., 220-237.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuições para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pande, M. N. R. & Amarante, P. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (4), 2067-2076.
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2013). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Retirado de: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>.
- Prefeitura Municipal de Guaraqueçaba. (2014). *Infra-estrutura*. Retirado de: <http://www.guaraquecaba.pr.gov.br/?pg=infra-estrutura>.
- Prefeitura Municipal de Pontal do Paraná. (2014). *Pontal do Paraná*. Retirado de: <http://www.pontaldoparana.pr.gov.br/pontal.php>.
- Puchivailo, M. C.; Silva, G. B. & Holanda, A. F. (2013). A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies*— XIX(2): 230-239.
- Schutz, A. (2012). *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes.

- SESA, Secretaria de Saúde do Paraná (2009). *Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência à Saúde, no estado do Paraná*. Curitiba: Secretaria de Saúde do Paraná.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## Texto II

### 3. A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL: Inserção e atuação profissional na Rede de Atenção Psicossocial

#### 3.1. Introdução

*“[...] Se delegamos a técnica, mágica ou positiva,  
a tarefa de restaurar na norma desejada o organismo afetado pela doença,  
é porque nada esperamos de bom da natureza por si própria.”*  
Georges Canguilhem

A passagem de Canguilhem (1966/2009) que serve de epígrafe para esse texto nos alerta para a importância da técnica, do fazer, das práticas e, portanto, dos profissionais, no que diz respeito à operacionalização do normal e do patológico. Preocupação essa compartilhada por Durkheim (1999) quando este afirma que a distinção entre o normal e o patológico é necessária como forma de esclarecer a prática. E é justamente por esses caminhos que levaremos esse trabalho: um pensar esse fazer.

A posição descrita por Canguilhem na epígrafe é uma das várias apresentadas na literatura para tratar do problema normal/patológico, da questão saúde/doença<sup>12</sup>. O próprio Canguilhem (1966/2009) cita pelo menos três delas em seu mais conhecido trabalho, *O normal e o patológico*: a) doença-posseção, b) doença como embate interno de forças e c) doença como alteração quantitativa.

Esta primeira, já apresentada acima trata da doença-posseção, ou seja, doença como algo externo ao indivíduo como micróbios, parasitas, toxinas. A segunda posição é aquela originária entre os gregos com os humores, que entendem a saúde e a doença em uma pessoa como um combate interno de forças. O que essas duas posições têm em comum é o fato de considerarem o normal e o patológico como tendo características completamente diferentes: “A doença difere da saúde, o patológico do normal como uma qualidade difere da outra” (Canguilhem, 1966/2009, p. 13). Chegamos então à terceira posição, que difere das duas anteriores por entender que a diferença entre normal e patológico não está no nível qualitativo e sim, quantitativo. Segundo essa posição, são os mesmos fenômenos fisiológicos correspondentes que variam para mais ou para menos e tornam patológico o que até então era normal (Canguilhem, 1966/2009).

---

<sup>12</sup> Acerca de outros modelos de doença, podem ser consultados Hegenberg (1998) e Laplantine (2011).

Se refletirmos sobre a questão do normal e do patológico no atual campo da saúde mental, podemos perceber que todas essas posições se mantêm, tornando quase impossível um entendimento unificado do que é um transtorno mental. Forma-se então um grande mosaico de técnicas e fazeres, desempenhados por profissionais, que tem origem em diferentes concepções e tem diferentes finalidades. Eis o grande complicador do campo da saúde mental.

Nosso intento nesse trabalho é pensar todas essas questões sob a ótica de um único profissional: o psicólogo. Destarte, o nosso objetivo fica constituído como a descrição e a compreensão das práticas e dos fazeres dos profissionais da Psicologia inseridos nos serviços públicos de atenção à saúde mental e que constituem a Rede de Atenção Psicossocial.

Para tal, num primeiro momento, faz-se necessária uma retrospectiva da inserção desse profissional no Brasil, sempre chamando a atenção para a sua atuação no setor público e na saúde mental. Num segundo momento, discutiremos a atuação do profissional da Psicologia na saúde mental, dentro do modelo atual de Atenção Psicossocial, através de um estudo empírico de enfoque fenomenológico.

### **3.2. Inserção do Psicólogo nas Políticas Públicas**

*“Se você realmente quer entender alguma coisa, tente mudá-la.”*  
Kurt Lewin

Apesar das primeiras práticas psicológicas no Brasil datarem da década de 1920, já ocorrendo atividades relacionadas à educação e ao trabalho, a Psicologia somente é regulamentada no Brasil em 27 de agosto de 1962, com a Lei 4.119 que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e oficializa a profissão de psicólogo (Carvalho & Yamamoto, 2002; Conselho Federal de Psicologia, 2013). Num primeiro momento, a formação dos psicólogos fica delegada às Faculdades de Filosofia, e os cursos já existentes tiveram que se adaptar. As pessoas que já exerciam a profissão a pelo menos cinco anos ou que já tinham realizado formação no país ou no exterior puderam requerer o seu registro profissional (Brasil, 1962).

No texto da Lei 4.119 são definidas as funções privativas do psicólogo que seriam: “a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento.” (Brasil, 1962, p.--).

Apesar da maior parte do texto da Lei 4.119 tratar das questões relativas à formação e aos cursos de Psicologia no país, as poucas partes que tratam da atuação do profissional da Psicologia mostram a confusão e a imprecisão que ainda hoje marcam o campo psicológico. A multiplicidade de áreas de atuação – e de várias abordagens para cada área – já aparecem no momento da formalização da profissão de psicólogo que, na época, poderia atuar nas áreas da clínica, nas empresas e na educação, e hoje está inserido em muitos outros contextos, como nas políticas públicas.

Com a regulamentação e a profissionalização da Psicologia, cresce o número de cursos de ensino superior e o número de pessoas interessados neles, principalmente das camadas médias da população, que vêem na Psicologia uma carreira com possibilidade de ascensão (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Com o maior número de profissionais atuando nessa área, a profissão do psicólogo se estabelece de forma plena no Brasil na década de 70 (Carvalho & Yamamoto, 2002).

A década seguinte traz outra grande mudança para a área da Psicologia: a inserção dos psicólogos no setor público, em especial na área da saúde. Essa inserção acompanha as mudanças econômicas e sociais que tomavam a configuração de crise nessa época no país. Com o empobrecimento da população, os pacientes se afastavam dos consultórios privados, levando os psicólogos a procurarem outros meios de garantir a sua renda (Cantele, Arpini & Roso, 2012).

Os trabalhos de Botomé (1978/2010) e Pereira (1975/2010), que datam da década de 70, mostram detalhadamente o perfil do profissional da Psicologia antes de adentrar o setor público: um profissional que trabalhava com Psicologia Clínica<sup>13</sup>, sendo este campo invariavelmente compreendido como o trabalho em consultórios particulares, de forma autônoma, atendendo uma parcela da população em torno de 5% a 15%. Com esse novo campo de atuação – o serviço público – os psicólogos precisam se reinventar e reinventar as suas práticas para atender a essa nova demanda, não mais um pequeno grupo de pessoas, mas a grande maioria da população.

Vasconcelos (2008) assinala que os psicólogos que entraram na rede pública tiveram o impulso de reproduzir as práticas aprendidas e desempenhadas nos consultórios particulares. Esse impulso de seguir o modelo do consultório particular pode ser considerado natural, tendo em vista que era esse o aprendizado que os

---

<sup>13</sup> O objetivo deste artigo é discutir a atuação dos psicólogos em saúde mental no setor público, mas compreendemos que as práticas no setor privado de atendimento psicológico/psicoterápico também são importantes práticas do campo da saúde mental.

psicólogos recebiam durante a sua formação. Entretanto, esse tipo de atuação começou a se mostrar insuficiente diante da realidade dos serviços. Após esse começo conturbado, nas décadas que se seguiram, assistiu-se a um significativo crescimento do número de psicólogos atuando nas políticas públicas, nas áreas de saúde, assistência social e segurança. Vejamos alguns números da pesquisa *Quem é o psicólogo brasileiro?*: em 1988, 40% dos psicólogos concentravam a sua atividade em Psicologia Clínica, 17% em Psicologia Organizacional, 7% em Psicologia Escolar, 5% em atividades de docência e apenas 2% dos profissionais atuavam na área comunitária, que englobaria as atividades desenvolvidas no setor público (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Entre 2006 e 2008, por iniciativa do Grupo de Trabalho Psicologia Organizacional e do Trabalho da Anpepp (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia), realizou-se outra pesquisa de grande escala para identificar o perfil do trabalho do psicólogo no Brasil. É possível perceber algumas continuidades com a pesquisa de 1988, como a permanência da clínica como principal área que concentra 53,9% dos profissionais, entretanto, agora surge uma nova área de atuação, não contemplada na pesquisa anterior, denominada saúde na qual 27% dos psicólogos se identificam como trabalhadores dessa área. Existem também psicólogos atuando na área organizacional (25,1%), docência (14,6%), educação e escolar (9,8%) e os novos campos de atuação profissional, social (4,8%) e jurídico (2,2%). Sendo que em cada uma dessas áreas há várias inserções possíveis no mercado de trabalho, como setor público, setor privado, terceiro setor e o exercício de forma autônoma (Gondim, Bastos & Peixoto, 2010).

Bastos, Gondim & Borges-Andrade (2010) assinalam que grandes mudanças ocorreram no escopo da profissão entre os 20 anos que separam a primeira pesquisa da segunda. Os autores destacam principalmente a democratização do atendimento psicológico e o setor público como maior empregador, tendo em vista que a clínica – área que concentra o maior número de profissionais atuando – é exercida de forma autônoma. Essa inserção nos serviços públicos representa uma mudança no perfil dos psicólogos: agora eles não mais trabalham como autônomos, mas são assalariados.

Mas se os psicólogos estão em um novo contexto de atuação, o seu fazer não apresenta grandes mudanças. A cultura e a identidade profissionais ainda estão identificadas com a prática de uma clínica considerada clássica: aquela realizada individualmente nos consultórios particulares de longo prazo, mas que agora são transpostas para os serviços públicos (Dimenstein, 2000; 2003). Existem críticas à



manutenção desse modelo de atendimento, como a apresentada por Brasil (2004) que considera essa uma prática engessada que impede a criação de novos modelos de prestação de serviços condizentes com a realidade dos usuários atendidos e da região onde o serviço se localiza.

O que podemos perceber nesse contexto, é que as mudanças são processuais e, muitas vezes, lentas. A abertura de um novo campo de trabalho não traz uma mudança imediata na atuação dos profissionais, e essa só vai acontecer mediante uma série de fatores, por exemplo, a formação profissional. Se passa a existir um maior número de psicólogos inseridos no setor público, essa nova área de atuação demora a chegar à formação acadêmica desse profissional, e mesmo quando aparece não é de forma clara. Mesmo com as constantes reformulações nos currículos dos cursos de Psicologia, esses continuam sendo cópias dos primeiros cursos, com ênfase na clínica, e quase sem espaço para os outros campos de atuação (Botomé, 2010; Vasconcelos, 2008).

A vasta gama de críticas a respeito da identidade e da formação do profissional da Psicologia e, dos apontamentos sobre os seus limites e dificuldades no campo da saúde pública, acabaram por levar esses profissionais a refletirem sobre a sua atuação profissional. A manutenção de um tipo de fazer, a reflexão crítica dos profissionais sobre esse fazer, e o surgimento de novos fazeres são pontos distintos de um mesmo processo que caminha em direção a mudanças. Dimenstein & Macedo (2012) indicam que nas últimas décadas vem se trabalhando em prol de um novo lugar social para a Psicologia, com a ampliação da sua presença no campo das políticas públicas, e também uma nova identidade profissional, atrelada a saúde. O momento é de transição, ainda com a presença do modelo antigo de atuação profissional, mas já buscando ocupar um outro lugar.

### **3.3. A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde Mental**

*Nunca a psicologia conseguirá dizer sobre a loucura a verdade,  
porque a loucura é que detém a verdade da psicologia.*  
Michel Foucault

A partir da década de 80 observou-se que as políticas públicas de saúde, e em especial de saúde mental passaram a priorizar a criação de equipes multidisciplinares como forma de melhorar a qualidade dos atendimentos. Esse novo tipo de atuação, baseado nas equipes, trouxe para o campo da saúde profissões até então estranhas a ele, entre elas a psicologia, que foi uma das áreas que mais teve profissionais contratados na época (Dimenstein & Macedo, 2012).

A presença dos profissionais da psicologia na assistência à saúde mental como parte da equipe de atendimento está presente na Portaria nº224 (Ministério da Saúde, 1992) do Ministério da Saúde que dita as diretrizes e normas para os estabelecimentos em saúde mental no Brasil. Presença essa que é mantida na Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002) que atualiza a Portaria nº224 em função da aprovação da Lei 10.216 que ficou conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001).

Vasconcelos (2008) identifica, a partir de 1992, uma tendência que acompanha a legislação. Doravante, os psicólogos começam a se inserir e compor os quadros funcionais de hospitais psiquiátricos e dos novos serviços de atenção psicossocial – em especial os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais-dia, fazendo parte de equipes multiprofissionais. Essa maior inserção do psicólogo no campo da saúde mental se deu diante do reconhecimento desse profissional como

[...] capaz de contribuir para a promoção da saúde mental, na medida em que tinha acesso a um instrumental teórico-prático que poderia ser de grande utilidade na identificação e na abordagem de situações consideradas de risco, ou seja, propiciadoras de transtornos mentais. Dessa forma, o psicólogo poderia intervir precocemente junto àqueles fatores considerados insalubres para a saúde mental – nos moldes da psiquiatria preventiva norte-americana<sup>14</sup> dominante na época – especialmente nos momentos críticos da vida das pessoas, e assim desenvolver uma prática psicoterápica dirigida para a prevenção e em benefício da comunidade (Dimenstein & Macedo, 2012, p. 235).

Nos concentraremos no texto da Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002) que estabelece os tipos de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (I, II, III, AD, e i) e as diretrizes para o seu funcionamento. Nesse texto também são apresentados os profissionais que podem atuar em saúde mental nos serviços públicos, tendo em vista, que na época, a atenção a saúde mental ficava concentrada nos CAPS. O texto da portaria cita entre os profissionais de nível superior<sup>15</sup> imperativos ao funcionamento

---

<sup>14</sup> A Psiquiatria Preventiva foi desenvolvida nos Estados Unidos e tem em Gerald Caplan o seu principal representante. Caplan entendia as doenças mentais como sinônimos de desordens e, portanto, seria possível prevenir e erradicar essas desordens da sociedade (Amarante, 2007).

<sup>15</sup> Cada tipo de CAPS vai contar com uma equipe que se diferencia pelo número de profissionais e pelo tipo de assistência ofertada.

deste serviço: médico, psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

A Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002) também apresenta as atividades que devem ser desenvolvidas dentro do serviço. Vejamos as atividades previstas para um CAPS I:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (Ministério da Saúde, 2002, p.--).

Eis aqui a origem da confusão sobre a atuação do psicólogo na saúde mental<sup>16</sup>. A legislação fala de profissionais e de atividades, mas não cruza esses dados, não diz qual atividade é esperada de cada profissional dentro do serviço. Destarte, fica a critério de cada profissional a interpretação do seu papel nesse espaço. Não queremos afirmar aqui que essa interpretação não seja necessária em todas as ocupações, mas diante da pouca clareza da legislação, o serviço pode se tornar refém das preferências pessoais dos profissionais: um psicólogo, por exemplo, que não goste de trabalhar com grupos, poderia direcionar todos os seus atendimentos de forma individual, sem considerar as necessidades dos usuários e do serviço.

Diante destas imprecisões, o Conselho Federal de Psicologia agiu em duas frentes (ainda que estas não sejam completamente separadas): a) elaboração de uma pesquisa de âmbito nacional junto aos psicólogos que atuavam nos CAPS (Conselho

---

<sup>16</sup> Dimenstein (2003) denuncia essa mesma confusão sobre as funções do psicólogo na rede básica de saúde, em especial, aqueles que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Federal de Psicologia, 2009); e b) elaboração de um documento de referências técnicas para atuação de psicólogos nos CAPS (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Vejamos com mais cautela cada um desses empreendimentos.

A pesquisa sobre a atuação dos psicólogos nos CAPS foi realizada por um órgão do Conselho Federal de Psicologia chamado CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas) no ano de 2007 junto aos profissionais que trabalhavam nos CAPS em todo o país, num total de 382 psicólogos respondentes. A pesquisa foi constituída por uma etapa descritiva realizada através de questionário *online* e uma segunda etapa qualitativa, realizada através de reuniões e grupos (Conselho Federal de Psicologia, 2009). Como esta pesquisa já teve seus resultados divulgados, iremos destacar apenas alguns dos seus dados, que podem contribuir para a nossa discussão.

A referida pesquisa elencou as práticas desenvolvidas cotidianamente nos serviços e que ficam a cargo dos psicólogos, as quais apontamos a seguir: atendimento individual, coordenação de grupos, atendimento psicológico com os familiares, atuação junto aos funcionários, visita domiciliar, trabalho em equipe multidisciplinar, atuação na rede e na comunidade, elaboração de prontuários e pareceres, gestão do serviço, atuação extramuros e atuação nas discussões políticas sobre a área de saúde mental. Cada uma dessas atividades engloba várias ações diversas, como, por exemplo, o atendimento individual, que pode representar tanto o acolhimento quanto um trabalho de psicoterapia; portanto, não são fechadas e definitivas essas tarefas. Continuando com os dados da pesquisa, também foram apontadas as dificuldades do trabalho do psicólogo no CAPS. Os apontamentos sobre as adversidades enfrentadas dizem respeito basicamente ao dia-a-dia do serviço: “especificidades locais, burocracia, dificuldade de articular uma rede de encaminhamentos, problemas de infraestrutura inadequada para realização do trabalho, falta de recursos técnicos, falta de profissionais, entre outros” (Conselho Federal de Psicologia, 2009, p.53).

Essa pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia nos dá bons indícios sobre os fazeres profissionais dos psicólogos nos CAPS, mas por ser uma pesquisa nacional, ela é bastante genérica e não permite reconhecer as especificidades que são tão importantes para a política pública de Saúde Mental, que se baseia na lógica do território. Foi a partir dessa pesquisa que o Conselho Federal de Psicologia elaborou as *Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) no CAPS* (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Apesar da sua pretensão de ser um documento definitivo na área, o

referido texto é simplório e traz poucas referências, sejam elas teóricas para permitir a compreensão da complexa questão da saúde mental, ou, sejam elas práticas, e que pudessem efetivamente subsidiar o trabalho do psicólogo que atua na Atenção Psicossocial.

Em 2011, acontece mais um importante momento para a saúde mental no país. É lançada a Portaria 3.088 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que amplia os serviços que fazem o trabalho de atenção à saúde mental, mas em nada esclarece a atuação dos profissionais dentro da rede. Com a RAPS, a Atenção Psicossocial passa a ser dividida em sete componentes: I) Atenção Básica em Saúde; II) Atenção Psicossocial Especializada; III) Atenção de Urgência e Emergência; IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório; V) Atenção Hospitalar; VI) Estratégias de Desinstitucionalização; e VII) Reabilitação Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar da Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) não trazer nenhum conteúdo específico em relação aos profissionais, começam a surgir mais psicólogos atuando em saúde mental, nos outros dispositivos que agora formam a rede, como nos hospitais, nas equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Consultórios de Rua, entre outros, consequência de uma política de anos de inclusão desse profissional nos serviços públicos. Assim, temos cada vez mais profissionais da Psicologia atuando nos serviços públicos de saúde mental, mas ainda sem um conhecimento preciso sobre o seu papel, e sem uma concreta delimitação deste espaço ou lugar, por parte dos próprios serviços. Diante desses impasses e desencontros acerca da inserção e da atuação dos psicólogos dentro do campo das políticas públicas em saúde mental encontradas na literatura e na legislação optamos por ir a campo e ouvir o trabalhador, o psicólogo que conhece e atua nos serviços de saúde mental, para conhecer a sua rotina.

### 3.4. Método

*Podemos ponderar que esta ferramenta-guia não se limitaria  
à metáfora do prumo de um pedreiro, que se destina a  
corrigir a retidão do ângulo de uma parede, evitando rigorosamente os desvios.  
Melhor talvez fosse pensar através da metáfora de  
outras ferramentas-guia, tais como o astrolábio e sextante,  
instrumentos utilizados pelos antigos navegadores  
para se lançarem em mares desconhecidos, desafiadores e fascinantes.*  
Suely Ferreira Deslandes

Para compreendermos a atuação profissional dos psicólogos que trabalham nos serviços de saúde mental pertencentes à RAPS optamos por uma pesquisa qualitativa de enfoque fenomenológico. Holanda (2014) assinala que a fenomenologia traça o seu

caminho na direção de uma metodologia descritiva e compreensiva, que desemboca num modelo privilegiado de análise da realidade justamente por não abandonar o solo empírico desta realidade.

A fenomenologia é um esforço, uma tentativa de clarificação da realidade. É uma abertura a experiência, à vivência do mundo. É a busca do *fenômeno*, daquilo que surge por si só, daquilo que aparece, que se revela. Fenomenologia é ir às *coisas mesmas*, descobri-las tais quais se apresentam aos meus sentidos, tais quais eu as percebo, numa contínua relação. Mas é um “*ir em busca*” aliado a minha própria subjetividade concreta. É um olhar e ver, não apenas uma colocação diante de algo. É participação, envolvimento (Holanda, 2014, p.47, grifos do autor).

Nessa nossa jornada de ir em busca da atuação dos profissionais da Psicologia na Rede de Atenção Psicossocial optamos por desenvolver a nossa pesquisa na 1ª Regional de Saúde do Paraná. Essa Regional é formada pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná e é conhecida como Regional do Litoral, por abrigar os municípios da costa paranaense.

Os locais onde foram realizadas as entrevistas foram selecionados a partir do Comitê Intersetorial de Saúde Mental da Regional, e são os serviços de referência em saúde mental dos seus municípios; no total, foram cinco municípios visitados, tendo em vista que dois dos municípios da 1ª Regional de Saúde do Paraná não tinham nenhum serviço de referência vinculado ao Comitê. Dos municípios visitados, em um deles nenhum psicólogo trabalha no serviço de referência em saúde mental (um hospital), e em outros serviços, encontramos psicólogos no primeiro dia ou na primeira semana de trabalho na RAPS num total de dois psicólogos que não foram entrevistados por não se adequarem aos critérios de inclusão dessa pesquisa: atuação no serviço a mais de três meses. Desta forma, chegamos aos seguintes números: foram seis psicólogos entrevistados, atuando em quatro Centros de Atenção Psicossocial.

Ressaltamos que o fato de não conseguirmos entrevistar psicólogos atuando em outros serviços da RAPS pode representar uma perda de dados importante para a pesquisa. Entretanto, essa ausência de psicólogos e de outros serviços pode indicar uma falha na implantação da rede, que ainda não conseguiu acessar todas as suas potencialidades.

A coleta de dados foi feita através de entrevista aberta, que foram agendadas previamente e realizadas nos locais de trabalho de cada um dos psicólogos durante o mês de junho de 2014. Utilizamos duas perguntas disparadoras: 1) “Quais são as atividades que você desenvolve no serviço?”, e 2) “Qual é sua rotina de trabalho?”. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. A opção pela entrevista se deu porque “(...) o objetivo de uma entrevista de investigação, no domínio da investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vívida dos participantes sobre um determinado fenômeno de estudo” (Giorgi & Sousa, 2010, p. 82). Haja vista que o foco de uma pesquisa fenomenológica não é o objeto em si, mas tal qual ele se apresenta para a pessoa que está descrevendo a sua experiência. A análise dos dados foi feita a partir do Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia proposto por Giorgi & Sousa (2010), que se divide em quatro passos:

- 1) Estabelecer o sentido geral;
- 2) Determinação das partes: divisão das Unidades de Significado;
- 3) Transformação das Unidades de Significado em expressões de caráter psicológico;
- 4) Determinação da estrutura geral de significados psicológicos.

Observando esses passos e seguindo a metodologia proposta buscamos alcançar a experiência vivida das pessoas no âmbito do nosso problema de pesquisa. Chegamos então a uma relação das atividades desenvolvidas pelos psicólogos na RAPS, e também às vinculações e objetivos que essas atividades apresentavam quando desempenhadas por esses profissionais. No decorrer da apresentação dos resultados, comparamos os dados encontrados no campo com as diretrizes de saúde mental no Brasil, como uma forma de problematizar tanto as diretrizes como a realidade.

Todos os preceitos éticos foram seguidos no desenvolvimento deste trabalho, assim como foi colhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa pesquisa é integrante do projeto de pesquisa intitulado “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional de Saúde do Litoral” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (sob o protocolo 25380113.6.0000.0102) e também pelo Comitê Intersetorial de Saúde Mental, órgão sob o qual a pesquisa foi desenvolvida.

### 3.5. Os Fazeres do Psicólogo na Saúde Mental

*Diferentes formas de olhar e de ouvir  
que implicam diferentes formas de atuar e intervir.*  
Silvio Yasui

Num estudo semelhante ao nosso, realizado por Sales & Dimenstein (2009), foram investigadas quais as práticas realizadas na área de saúde mental pelos psicólogos e chegou-se às seguintes atividades: acolhimento dos usuários, triagem, coordenação de oficinas, participação em oficinas coordenadas por outros profissionais, grupos operativos, grupos terapêuticos e atendimentos individuais. Cinco anos após essa pesquisa, e um tempo maior para o modelo de Atenção Psicossocial se estabilizar, já encontramos um número mais elevado de tarefas sendo realizadas pelos profissionais da Psicologia dentro da RAPS, além de existir uma maior diversidade entre essas tarefas.

Como forma de ajudar na compreensão dos dados colhidos, optamos por organizar e listar todas as atividades relatadas pelos psicólogos entrevistados. A partir dessa primeira organização, em um segundo momento, separamos as atividades em três categorias, segundo o objetivo a qual se destinavam, que nomeamos como *Fazer Clínico*, *Fazer Burocrático* e *Fazer Político*, mas é preciso salientar que essas categorias não são puras, elas se sobrepõem no cotidiano dessas profissionais. Observemos o resultado:

Tabela 1  
*Atividades desenvolvidas pelos psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial*

Práticas profissionais dos psicólogos que atuam na RAPS	
Fazer Clínico	Acolhimento
	Atendimento individual
	Atendimento em grupo
	Atuação como profissional de referência
	Avaliação
	Elaboração do Projeto Terapêutico Individual
	Especialização
	Preparação para a alta
	Orientações
	Reunião com os familiares
	Reunião de equipe
	Visita domiciliar
Fazer Burocrático	Devolutivas aos serviços da RAPS
	Elaboração de projetos
	Organização de eventos
	Responder ofícios e documentos a outros órgãos
Fazer Político	Comunicação com a Gestão
	Organização de Conselhos e Comitês
	Participação em Conselhos e Comitês
	Reuniões de orientação em outros serviços

Fonte: Os autores.



O nome das categorias foi escolhido a partir da própria fala dos profissionais entrevistados, que caracterizaram as suas tarefas com esses termos: clínico, burocrático, e político. Seria possível atribuir outros nomes às categorias, talvez mais precisos, tendo em vista que, por exemplo, existe um fazer político do psicólogo durante o seu atendimento e que não tem relação com o *Fazer Político* que descrevemos aqui, ainda assim, optamos por manter o nome das categorias o mais próximo possível da fala e da realidade que esses psicólogos nos relataram.

A dinâmica da entrevista nos explicita um pouco mais sobre a atuação do psicólogo na RAPS: as diferentes categorias de atividades desenvolvidas foram relatadas em momentos muito distintos das entrevistas. Para a resposta à pergunta “*Quais são as atividades que você desenvolve no serviço?*” todas as respostas se concentraram na categoria do *Fazer Clínico*. Somente na resposta à questão “*Qual a sua rotina de trabalho?*” que as outras duas categorias – *Fazer Burocrático* e *Fazer Político* – apareceram, quando no fluxo da fala, essas atividades puderam ser identificadas, tanto pelo entrevistado quanto pelo entrevistador.

Alguns questionamentos sobre essa situação podem ser levantados: o papel do psicólogo na RAPS estaria ligado apenas ao seu fazer psicológico? As atividades com fins políticos e burocráticos seriam menos importantes dentro da sua atuação? O profissional da Psicologia pretende desempenhar no serviço de saúde mental apenas a técnica aprendida durante a sua formação entendendo que as outras atividades realizadas em prol do funcionamento do serviço não seriam de sua responsabilidade?

Diante desses questionamentos, da grande quantidade de atividades desenvolvidas e também da ampla diferenciação entre essas atividades, optamos por discutir cada uma das categorias separadamente, nas sessões seguintes deste trabalho. Entendemos que com essa divisão será possível uma compreensão mais apurada das partes, mas sem nunca perdermos o sentido do todo.

### 3.5.1. *Fazer Clínico*

Na categoria *Fazer Clínico*, reunimos todas as atividades que no seu desenvolvimento exigem a aplicação de conhecimentos específicos da ciência psicológica, independente da abordagem teórica de cada psicólogo<sup>17</sup>. Não pretendemos

---

<sup>17</sup> Nosso intuito neste trabalho é falar de uma clínica de saúde mental e não das especificidades de cada abordagem teórica no trato dessa questão. Essa mesma tendência foi observada nas entrevistas, sendo que somente três dos seis entrevistados identificaram a abordagem com a qual trabalham e ainda assim não foram observadas diferenças significativas entre uma abordagem e outra nas atividades desenvolvidas.

aqui afirmar que alguma prática seja exclusiva do psicólogo dentro do serviço; nos referimos a um conhecimento específico para o manejo que é também compartilhado por outros profissionais, como, por exemplo, nos atendimentos que são conduzidos numa parceria entre o psicólogo e o assistente social ou o terapeuta ocupacional.

Outro esclarecimento se faz necessário antes de darmos prosseguimento na apresentação dos dados. A opção por nomear essa categoria como *Fazer Clínico* é por entendermos que todas as ações aqui reunidas são ações de cuidado para com o outro, a pessoa em sofrimento psíquico. É dessa forma que contextualizamos a clínica nesse estudo: como um cuidado com o ser humano. Diferenciamos então essa clínica à qual nos referimos de duas noções que costumam se confundir com ela. A primeira diferenciação diz respeito ao modelo histórico de clínica, naquela em que o médico reclinava-se sobre o leito do paciente em busca da doença. Nesse modelo, médico e paciente têm papéis definidos e estáticos e o foco é a doença. A clínica que objetivamos descrever é a clínica do encontro e da produção de sentidos (Yasui, 2010; Foucault, 1977/2012). Não utilizamos também clínica como um sinônimo de psicoterapia, visto que, a nosso entender, a clínica engloba essa prática, mas é mais abrangente que ela referindo-nos a “(...) um conjunto de práticas que envolvem a tomada do fenômeno humano nos seus processos de subjetivação” (Holanda, 2014, p.93).

Assim sendo, vamos observar mais detalhadamente o conjunto de práticas clínicas encontradas junto às respostas dos psicólogos entrevistados:

Tabela 2  
Detalhamento das atividades do Fazer Clínico

Fazer clínico
<b>Acolhimento</b>
“a principio eu faço o acolhimento que é uma ficha como essa aqui, tem a identificação do paciente, tem o ambiente familiar que ele convive, a queixa principal, a impressão diagnóstica”PC2
“agora tem um sofá, tem uma cadeira para o entrevistador, é feito só o acolhimento, não é feito um monte de pergunta no mesmo dia”PC6
<b>Atendimento individual</b>
“O atendimento individual é de psicoterapia, mais em situações de crise”PC1
“é um atendimento clinico psicológico normal” PC3
“terapia individual clínica” PC5
<b>Atendimento em grupo</b>
“em grupo a gente faz roda de conversa, faz dinâmica, passa filme, faz algum tipo de atividade.”PC1
“psicoterapia de grupo” PC3
“o grupo terapêutico de dependência química sou eu que faço” PC4
<b>Atuação como profissional de referência</b>
“no caso de abandono, no caso de uma intervenção melhor, chamar a família, ou de um atendimento mais específico, sempre o profissional de referência é que vai estar atuando de uma maneira mais específica” PC4
<b>Avaliação</b>
“A avaliação seria a avaliação inicial, com a anamnese, uma avaliação psicológica”PC1
“então é uma avaliação que acontece a cada consulta, na verdade né, eu tive pacientes que eu cheguei a atender duas vezes por semana por entender aquilo terapêutico”PC2
<b>Elaboração do Projeto Terapêutico Individual</b>
“Então esse ano que therapeuticamente falando que a gente esta começando a se organizar, fazendo o projeto terapêutico”PC4
<b>Especialização</b>
“eu gosto de estudar um pouco então eu fico aqui estudando quando dá tempo” PC2
“fiz curso de formação em fármacos, para conhecer mais, agora a última vez a gente foi para um congresso”PC6
<b>Preparação para a alta</b>
“os pacientes que estariam aptos para a alta iriam para esse grupo, onde a gente estaria falando sobre a alta especificamente, não falaria sobre o sintoma”PC1
“começou a trabalhar com eles e está dando a alta” PC6
<b>Orientações</b>
“tem muita gente que procura só a informação” PC5
<b>Reunião com os familiares</b>
“As reuniões de família, eu faço também, eu participo junto com a equipe” PC4
“grupo de mães, de família, mas é a maioria é mãe que vem”PC5
<b>Reunião de equipe</b>
“a gente tem reunião de equipe toda quarta à tarde, a gente tentou fazer quinzenal, mas viu que não tava sendo bom, eu senti falta de ser semanal mesmo.” PC5
“é feito primeiro a reunião administrativa, ai o pessoal do administrativo sai e ficam só os técnicos” PC6
<b>Visita domiciliar</b>
“a gente vê falha no serviço que a parte das visitas, que é bem esporádica, nos casos mais extremos”PC1

Fonte: Os autores.

Já no primeiro item desta categoria, o Acolhimento, identificamos grandes diferenças no entendimento sobre o que se trata esse momento tão fundamental para o modelo assistencial da Atenção Psicossocial. Se existe confusão na prática, essa confusão também aparece no manual *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (Ministério da Saúde, 2004), documento que tem por objetivo nortear as práticas dentro do CAPS, mas que já prevê diferentes formas de atuação:

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço (p. 15).

Neste trecho já podemos observar um certo conflito entre escutar e compreender *versus* coletar informações e elaborar um diagnóstico. Nos serviços de saúde mental do litoral do Paraná encontramos as duas posições, ou seja, serviços em que o acolhimento era representado como uma ficha e o foco era preencher o prontuário, e outros em que esse mesmo momento era representado por um sofá, um momento de encontro, e que por muitas vezes já trazia o alívio necessário àquela pessoa que buscou o atendimento. Vejamos o relato:

*[...] situações de a pessoa vir aqui fazer o acolhimento e sair daqui satisfeita, e voltar dizer que só de vir aqui aquele dia “eu já conversei e consegui resolver algumas situações e não vou fazer o atendimento porque tem gente que precisa mais do que eu” (PC6<sup>18</sup>).*

No serviço em que este profissional atua foi criado um espaço específico para o acolhimento. Em uma sala onde antes havia mesa e cadeiras, foi alocado um sofá para criar uma atmosfera menos ameaçadora, um artifício físico para colaborar na postura

---

<sup>18</sup> Elaboramos siglas para identificar cada um dos entrevistados que são compostas de duas letras: PC que significam psicólogo do CAPS e um número, podendo ser 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de acordo com a ordem das entrevistas. Optamos também por nos referirmos a todos os entrevistados como “psicólogo”, assim, no masculino, para garantir o anonimato dos participantes dessa pesquisa.

que os profissionais adotaram de que o acolhimento é um “tempo para conversar”. Yasui (2010) identifica a chegada de um novo usuário ao serviço como um momento crítico. Nesse momento de sofrimento, de fragilidade e de dor, o esforço do profissional e da equipe que recebe deve ser o de acolher a pessoa por inteiro, acolher sua história e sua experiência, e para tal, é preciso colocar a sua doença entre parênteses para olhar a pessoa que procura atendimento. Essa postura precisa ser trabalhada pelos profissionais:

Para ser acolhido, é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar o serviço e ser recebido. O encontro produtor de atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção, que considere aquele que busca nossa hospitalidade em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato – é uma atitude (Yasui, 2010, p. 139).

Os profissionais convergem para o entendimento de que é a partir do acolhimento que são definidas as atividades e o retorno deste usuário ao serviço. O profissional, no momento do acolhimento, seria capaz de ver e reconhecer os problemas que afligem a pessoa que procura a sua ajuda, a pessoa que é “vista” – reconhecida como uma pessoa com transtorno mental – recebe um agendamento para um próximo atendimento. Esse procedimento acaba por ser uma decisão individual do profissional.

*Bom, a princípio eu faço o acolhimento [...]. Aqui a gente já consegue ver, resumidamente, qual é a problemática, quais são as questões que o paciente enfrenta ali. Percebendo que é um paciente de CAPS eu já agendo um retorno, o retorno está sendo feito em média de 21 em 21 dias, de 15 em 15, se eu vejo que é um caso que está necessitando de uma certa intensividade nas consultas eu faço até semanal (PC2).*

Uma das possibilidades de atendimento que o usuário pode receber a partir do acolhimento é o atendimento individual, segundo item da nossa lista de *Fazer Clínico* e próximo item a ser tratado. O atendimento individual também é uma atividade prevista para ocorrer dentro dos CAPS, podendo ser medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros (Ministério da Saúde, 2002).

Entre as respostas dos participantes encontramos vários nomes diferentes (“atendimento clínico”, “terapia individual clínica”, “atendimento psicológico”,

“psicoterapia” e “intervenção”) para um mesmo tipo de atendimento, que se assemelha a um atendimento psicoterápico. Os atendimentos são feitos com agendamento prévio e tem uma duração pré-determinada que permite que o psicólogo organize uma agenda. Vejamos os relatos:

*Dentro da área de psicologia eu tenho uma agenda, então eu sigo essa agenda, de manhã geralmente na segunda-feira eu já tenho três pacientes marcados, para a tarde também tem três pacientes marcados (PC2).*

*É feito agendamento do paciente, ele vem para o acolhimento e se já é paciente é feito agendamento, para atendimento semanal ou quinzenal (PC6).*

Nestes trechos não é possível identificar diferenças no atendimento oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial da prática desenvolvida pelos psicólogos nos consultórios particulares. A agenda é também na Atenção Psicossocial uma velha companheira dos psicólogos. A exceção a essa organização e agenda parecem ser os momentos de crise<sup>19</sup>, em que o usuário é atendido sem ter marcado previamente um horário e que o tempo de atendimento pode se prolongar. O desenrolar desses momentos em que o cuidado exige mais do que o protocolar pode ser observado abaixo:

*[...] nem sempre você consegue chamar na sua sala, nem sempre você vai querer abrir o espaço para a pessoa, porque às vezes, poxa, a pessoa começa a falar e você que proteger, mas não fala nada, fala isso ou aquilo, mas não deixar sair daqui no vácuo, dar opções, fazer um agendamento para ela voltar, ou dependendo do caso pedir para esperar para ser atendida no mesmo dia (PC5).*

*[...] a gente tem uma agenda de atendimento, mas essa agenda normalmente a gente não consegue cumprir ela, porque acontece prioridades, rotineiramente tem casos que a gente demora três horas para resolver, quer dizer, se eu tinha agendamento para aquele horário esqueça, eu vou estar desmarcando com esses usuários, porque eu tenho que resolver aquela situação, às vezes uma situação que envolve ao mesmo tempo a saúde mental, problemas de a pessoa envolvida*

---

<sup>19</sup> Ressaltamos que a palavra “crise” é uma compreensão nossa dos momentos relatados nas entrevistas. Apesar desse conceito ser importante para a saúde mental, nenhum profissional chegou a se referir a ele diretamente.

*com ilícitos, ou que a pessoa esta agredindo, às vezes a pessoa chega aqui com a policia junto, enfim, não é dá nossa responsabilidade atender o surto, é o 24 horas, mas a gente acaba [...] prestando esse auxilio (PC3).*

O atendimento em grupo é ainda mais complexo para a análise do que o atendimento individual. Além de receber nomenclaturas diferentes (“grupo terapêutico”, “roda de conversa”, “grupoterapia”, “grupo de transtornos”, “terapia de grupo” e “psicoterapia de grupo”) também se referem a práticas muito distintas. Podemos perceber duas tendências bastante distintas nos trabalhos em grupo. A primeira delas diz respeito a um grupo que tem um perfil mais terapêutico, mas próximo da noção de psicoterapia e que se torna menos diretivo. Encontramos um exemplo desse tipo de grupo na seguinte fala:

*[...] a gente percebe naquele grupo, hoje, por exemplo, a gente percebeu que vem muito a questão, por exemplo, da depressão, da angústia, do vazio, então é um tema que eu quero trabalhar na semana que vem porque eles trouxeram isso como algo que esta muito forte, então a gente traz algum tema, alguma fala sobre o assunto, devolvo isso para eles para eles trabalharem, e quando isso não vem muito claramente, eu sempre deixo isso bem solto “como foi a sua semana? Como é que está para você?” o grupo sempre opera, um vai operando e interagindo com o outro e eu vou interagindo dessa forma também (PC4).*

A segunda tendência encontrada diz respeito a um grupo com características de recreação, o que não quer dizer que de todo ele não tenha objetivos terapêuticos. Este tipo de grupo trabalha com atividades previamente organizadas e é mais diretivo nos assuntos que trata, como podemos observar nos seguintes trechos:

*Com o grupo, a gente faz atendimento em grupo com todos, em grupo a gente faz roda de conversa, faz dinâmica, passa filme, faz algum tipo de atividade (PC1).*

*[...] nesse grupo de depressão, tem dinâmica, tem atividades de reflexão, tem relaxamento, todo esse processo (PC6).*

Nesse segundo tipo de grupo, parece que a finalidade está em não deixar os usuários ociosos dentro do serviço, é uma estratégia para ocupar o tempo. As atividades são organizadas previamente pelos profissionais e tem uma duração considerável de tempo, como a execução de uma dinâmica ou a exibição de um filme.

Ainda existem profissionais que fazem a avaliação e a opção por uma tendência ou outra dependendo das características do grupo a ser atendido. Vejamos o relato de um mesmo psicólogo a respeito de dois grupos diferentes que estão sob sua responsabilidade. Esse profissional atende, num CAPS 1, a demanda de crianças e adolescentes. Com os adolescentes,

*[...] estou fazendo a roda de conversa e eu deixo bastante espontâneo, eles se apresentam e aí eu falo “do que vocês querem falar?” [...] então a gente fala do que for emergente ali na hora, e a gente acaba falando muito de problemas da escola, eles falam da questão social, de algumas cobranças sociais, alguns começam a se sentir a vontade para falar do sofrimento particular deles e tem sido mais assim que eu estou fazendo: eles lançam e a gente tenta conduzir (PC5).*

Já com as crianças, o trabalho realizado é diferente:

*[...] aí com os pequenos é um pouco diferente, com os pequenos não dá para ficar só sentado, aí eu invento alguma brincadeira de roda, aquele de adoleta, dança da cadeira, qualquer coisa, qualquer coisa que anime, eles topam tudo, aí a gente senta e conversa e tem ido bem (PC5).*

No caso dos grupos, o trabalho interdisciplinar – princípio fundamental da Atenção Psicossocial – consegue se apresentar com mais força (Ministério da Saúde, 2004). Não são raros os grupos ministrados conjuntamente por profissionais de diferentes áreas do conhecimento (em especial, a parceria psicólogo e terapeuta ocupacional). Existem também grupos em que os profissionais se alternam na coordenação. Os trechos abaixo explicitam melhor essa dinâmica:

*[...] às vezes assim, faço grupo junto com a TO, por mais que a gente tenha assim essa grade, que eles tem o dia para vir, os dias para vir comigo e os dias*



*para vir na oficina, a gente tem essa flexibilidade tremenda quando a gente vê a necessidade, então vamos fazer grupo junto hoje (PC1).*

*[...] o grupo terapêutico mesmo a gente faz uma vez na semana, então uma semana trabalho eu, uma semana trabalha a terapeuta ocupacional. Nesse grupo eu basicamente trabalho com eles as questões que eles trazem como necessidade naquele momento, e muitas vezes o que a terapeuta ocupacional trabalhou na semana anterior, que ela vê como necessário, ela traz e eu dou continuidade, a gente faz um trabalho em conjunto, na verdade, não é uma coisa quebrada (PC4).*

Uma das características que mais chamaram a nossa atenção quando fomos conhecer o trabalho da RAPS do Litoral do Paraná foi a centralidade que o diagnóstico possui no desenrolar do atendimento<sup>20</sup>. O sofrimento psíquico grave ainda é identificado com os diagnósticos psiquiátricos. Essa centralidade pode ser facilmente observada quando nos deparamos com os grupos desenvolvidos nos CAPS, em que os usuários acabam divididos por patologias.

*[...] daí diante dessa avaliação define os grupos que vai se enquadrar melhor cada pessoa, que vai se sentir mais a vontade diante dos sintomas, do transtorno em si (PC1).*

*[...] vendo qual que era o CID, qual que era a queixa principal, para a gente poder encaixar ele nos grupos, foi assim que foi feita a divisão (PC6).*

Apresentamos dois trechos acima que falam de como foi feita a organização dos diferentes grupos dentro do CAPS a partir do diagnóstico dos usuários. Mas mesmo nas entrevistas que não falam explicitamente sobre a organização dos grupos, é recorrente o uso de expressões como “grupo de dependência química”, “grupo de transtorno” ou “grupo de depressão”. Fazendo um exercício fenomenológico de voltar as coisas mesmas, o diagnóstico aparece como uma ferramenta que, ao observar os sintomas e os sinais, permite a classificação de doenças em códigos pré-estabelecidos (Severo & Dimenstein, 2009). Poderíamos dizer que o diagnóstico é o processo de encontrar o que

---

<sup>20</sup> Essa impressão pode ser constatada em um trecho do Diário de Campo do dia 16/06/2014: “Como ponto negativo, entendo que os profissionais ainda estão pautando a sua prática na patologia [...] pelo que nos contaram, é preciso que o usuário tenha um CID no seu prontuário e é isso que vai definir as suas atividades dentro do CAPS”.

há de similar – a essência – por exemplo, que a esquizofrenia manifesta nas pessoas, tal seja, a esquizofrenicidade da esquizofrenia.

Entretanto, muitas vezes esse processo é deturpado, e o diagnóstico psiquiátrico acaba legitimando o preconceito e as práticas de controle sobre as pessoas com doenças mentais. Quando a clínica é centrada no diagnóstico, todas as ações vão visar à normalização do sujeito, o seu completo ajuste aos valores e regras dos “normais”. Esse tipo de ação mostra-se contrária às diretrizes de saúde mental no Brasil que buscam proporcionar autonomia, integralidade e respeito às diferenças individuais (Ministério da Saúde, 2004; Severo & Dimenstein, 2009).

A crítica aqui não é ao diagnóstico em si, que é necessário para se escolher as condutas terapêuticas específica para cada caso. O nosso questionamento é ao uso que os profissionais fazem do diagnóstico, como, por exemplo, para separar os grupos, como se todas as pessoas que tem transtorno depressivo fossem iguais e por isso seria terapêutico para elas permanecerem sempre juntas as terças-feiras dentro do serviço, por mais que na terça-feira algumas dessas pessoas tivessem outras atividades que gostariam de participar e preferissem ir ao CAPS na quarta-feira. Além da centralidade do diagnóstico, é necessário também estender a crítica ao uso indiscriminado do termo “paciente” pelos psicólogos entrevistados, todos eles, sem exceção usaram esse termo durante as entrevistas. A própria legislação do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) já aponta problemas em relação ao uso da palavra “paciente”, e por isso propõe o uso do termo “usuário”<sup>21</sup> no lugar desta, como uma forma de destacar o protagonismo da pessoa que recorre ao SUS em busca de saúde.

Mais especificamente na saúde mental, o termo “paciente” – tal como “doente” – são considerados estigmatizantes, por isso, o uso é desaconselhado. Quando se faz referência a um “paciente”, está incutida a ideia de que esse é um receptor passivo e que os profissionais de saúde podem administrar-lhe a vida o que se opõe as diretrizes atuais da Atenção Psicossocial que buscam gerar autonomia e interlocução (Costa-Rosa, 2013).

Num primeiro momento, essa questão pode parecer de menor importância: é apenas uma palavra, a troca do termo paciente pelo termo usuário. Mas existem outras informações que devem ser consideradas, como o fato de que são paradigmas distintos

---

<sup>21</sup> O termo “usuário” também já vem sofrendo críticas dos estudiosos por não cumprir as promessas de protagonismo que carregava, pois ainda vincula o usuário ao serviço de saúde. Outra crítica, é que esse termo também é usado para designar a dependência química, como usuário de álcool ou usuário de drogas, e isso pode gerar mal entendidos (Amarante, 2007; Costa-Rosa, 2013).

que operam por trás de cada um desses termos; e também o fato de que é no cotidiano do serviço, seja através da fala ou da ação, que as relações de tutela podem ser colocadas em xeque, e isso pode ser feito com essa pequena mudança na linguagem.

Voltando para o conteúdo das entrevistas, um dos profissionais ressaltou a marcada diferença com que o trabalho em grupo é recebido pelo usuário e seus familiares em contraponto ao atendimento individual. Essa posição mais favorável ao atendimento individual intriga o profissional e o leva a questionar as causas de que um mesmo profissional possa ser bem recebido em um tipo de atividade e em outro não:

*Só que eu comecei a observar uma coisa interessante: tem mãe que apóia, mas tem mãe que, não fala isso, mas ela não dá importância para a grupoterapia, ela quer só a terapia individual, e tem próprio adolescente que esta sabotando as terapias em grupo que fala “vou vir”, mas fala “ah, esqueci” mas do individual nunca esquece, é difícil ter falta no individual aí eu tenho conversado diretamente sobre isso com eles assim “porque será que você não quer vir na terapia de grupo?” tentando cada um achar a sua resposta, geralmente eles vão pensando e acabam vindo, geralmente é timidez, mas é principalmente “ah, o meu problema é tão serio, eu sou tão importante para mim, que eu mereço uma terapia individual” como se fosse menos importante o grupo, como se fosse uma coisa assim que dá uma impressão em larga escala que eles não entendem essa diferença que os dois são importantes, que os dois são terapêuticos, mas eles estão entendendo, tem uns que estão indo bem, que tem coisas que você só vai conseguir com outras pessoas te ouvindo, tem coisas que só vai conseguir ali com a psicóloga sozinho, é diferente (PC5).*

Macedo & Dimenstein (2011) defendem que o ideário do trabalho dos psicólogos como essenciais à sociedade vem ganhando caráter de verdade nas últimas décadas, e por isso, cada vez mais eles são reivindicados nos mais diversos setores públicos. Mas que psicólogo é esse que é reivindicado? Os autores defendem que é o profissional que exerce a clínica clássica, já discutida nesse trabalho, e que povoa as representações de como um psicólogo deve ser e de como deve ser a sua prática.

Entretanto, aqui vemos uma inversão interessante: Dimenstein (2000) relata que quando os psicólogos começam a se inserir nos serviços públicos de saúde enfrentaram dificuldades sem fim por tentar levar esse modelo de clínica tradicional para dentro dos

serviços, modelo esse que era amparado por representações de saúde e doença por parte dos psicólogos diferentes das dos usuários, o que gerava pouca eficácia nos atendimentos psicológicos e um alto índice de abandono. Agora, observa-se que os psicólogos buscam representações diferentes de saúde e doença, mais próximas daquelas defendidas pela saúde pública, o que gera outras práticas e outros fazeres, mas novamente há um hiato entre as representações dos psicólogos e dos usuários, que agora buscam o modelo que antes não aceitavam, e por não terem acesso ao modelo clínico tradicional, continuam os dados de grande abandono e pouca eficácia.

O item seguinte da nossa lista de *Fazer Clínico* é a atuação como Profissional de Referência. Essa atividade foi relatada por apenas um entrevistado e, ainda assim, era uma prática que estava começando a ser inserida no serviço. Vejamos o relato:

*A gente também começou a partir de março ter os profissionais de referência, para cada paciente, porque assim aqui a gente tem 200 pacientes e todo mundo cuidava de todo mundo e não cuidava de ninguém, ah, então o paciente começou a abandonar e ninguém ia atrás, todo mundo ia mas ninguém ia, então assim cada profissional aqui tem em torno de 15 a 20 usuários de referência, todo mundo sabe de todos, mas no caso de abandono, no caso de uma intervenção melhor, chamar a família, ou de um atendimento mais específico, sempre o profissional de referência é que vai estar atuando de uma maneira mais específica (PC4).*

A implementação dos Profissionais de Referência é muito valorizada pelas diretrizes nacionais de saúde mental, e essa atividade pode ser desempenhada por qualquer um dos profissionais que atuam no CAPS, não é uma exclusividade dos psicólogos. O Profissional de Referência tem papel central na criação e no fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço. Ele também possui algumas outras funções específicas dentro do CAPS:

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas

traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (Ministério da Saúde, 2004, p. 16).

Outra atividade desenvolvida pelos psicólogos dentro da RAPS é a avaliação. Esse momento de avaliação aparece geralmente quando o usuário chega ao serviço, e serve tanto para o psicólogo conhecer essa pessoa, mas também para ambientá-la e orientá-la quanto ao atendimento que vai receber em saúde mental:

*Então quando o paciente chega no serviço faz essa primeira avaliação para poder estar direcionando o tratamento junto com ele, quantas vezes precisa vir, individual ou grupo, só grupo (PC1).*

A avaliação também costuma aparecer acompanhada de uma preocupação de que o novo usuário tenha o “perfil de CAPS”, indicado na legislação como atendimento destinado a “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13). A avaliação é também uma busca pelo diagnóstico:

*[...] quando a pessoa vem para mim para atendimento, com uma intuição clínica, com dois minutos de conversa eu sei se ela esta severa ou não [...]. Uma pessoa em estado severo; uma pessoa em estado de surto ela vai ser encaminhada para o 24 horas, é urgência e emergência; se ela não estiver em estado de surto ela esta com ideação suicida, com fissura pela droga, com agitação psicomotora quebrando tudo na casa dela, isso é um paciente severo (PC3).*

*[...] aí se a gente, ou eu, ou a equipe entende que é um caso de severidade, um caso severo, aí a gente inicia os trabalhos no CAPS (PC2).*

O próximo item a ser tratado por nós é mais uma das atividades que são apresentadas como de suma importância para as diretrizes da Atenção Psicossocial, mas apareceram muito pouco durante a nossa pesquisa. Trata-se do Projeto Terapêutico Individual (PTI), no qual os psicólogos atuam na elaboração junto aos outros profissionais e junto aos usuários.

Nas diretrizes, o PTI aparece como uma forma de respeitar as diferenças individuais e promover o protagonismo do usuário frente a sua vida (Ministério da Saúde, 2004). O seu ponto de partida é a definição do usuário enquanto uma pessoa que precisa de atendimento intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo, conforme a disposição da Portaria 336 (Ministério da Saúde, 2002, p.--):

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Durante as entrevistas, apenas dois profissionais citaram diretamente o Projeto Terapêutico Individual, explicitando inclusive que essa é uma prática relativamente nova nos serviços em que estes profissionais atuam. Na fala de um profissional ainda podemos notar o papel que o PTI exerce no acompanhamento da evolução dos usuários:

*Então esse ano que, terapeuticamente falando, que a gente está começando a se organizar, fazendo o projeto terapêutico, até a gente fez uma reunião semana passada, [...], e vendo assim: “o que a gente conseguiu em um ano?” a gente ainda não consegue mensurar, a gente sabe que tem melhora de alguns pacientes, mas a gente ainda não tem, porque os projetos terapêuticos ainda não existiam, então assim, eu sei que o paciente melhorou mas o quanto? O que eu consegui com ele? Através do que? Cada profissional o que tem feito com o seu paciente? (PC4).*

O fato de o Projeto Terapêutico Individual ter sido tão pouco citado pode ser um dado preocupante, tendo em vista que ele é uma ferramenta que permite olhar para o sujeito e não para a doença. Assim sendo: “Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (Ministério da Saúde, 2004, p.16). O projeto terapêutico já é nomeado

como individual justamente pelo seu objetivo de evitar um tratamento totalizante, como era o caso do oferecido nas instituições manicomiais, e por isso ela aparece como central no modelo de Atenção Psicossocial.

Voltemos à lista de tarefas do *Fazer Clínico*. Com o item Especialização pretendemos agrupar todos os tipos de atividades que tenham como finalidade o aprimoramento profissional, entre elas, estudos direcionados, desenvolvimento de pesquisas científicas, realização de cursos e participações em congressos e palestras, conforme é possível observar nos trechos abaixo:

*[...] a gente procura fazer um trabalho de qualidade, a questão da ética, de estar sempre se especializando, fazendo curso, semana passada a gente foi num congresso de Saúde Mental e Dependência Química, então existe todo esse movimento, a gente praticamente fechou, foi toda a equipe da parte técnica nesse congresso em Curitiba (PC1).*

*Na quarta-feira eu tenho uma outra atividade [...] que eu participo, que é uma pesquisa, vamos dizer assim, nós estamos tentando entender os serviços, os profissionais que trabalham e os usuários que tem necessidades especiais então isso eu deixo para a quarta-feira, então, a quarta-feira para mim eu não deixo pacientes marcados né, muitas vezes saio a campo para fazer pesquisa e ajudar os estagiários (PC2).*

*[...] eu tenho que estudar as políticas públicas, eu tenho que estudar a legislação (PC3).*

Existe uma ligação clara entre essas práticas com o *Fazer Clínico*, mas talvez não fique tão clara a ligação entre essas atividades com a atuação do psicólogo dentro dos serviços da RAPS, e é esse ponto que pretendemos detalhar. Todas essas ações com a finalidade de aprimoramento profissional estão diretamente relacionadas com o cargo que os psicólogos ocupam nesse momento, basta ver os temas estudados: saúde mental, fármacos, serviços, legislação, políticas públicas, nada disso está separado da sua atividade profissional. Se o contrato de trabalho desses profissionais fosse em outra área, como gestão de pessoas ou educação, provavelmente os estudos por eles realizados seriam diferentes.

Existe ainda outra razão para as atividades de especialização estarem aqui inseridas: elas ocorrem dentro do serviço ou sob a tutela do mesmo. Os psicólogos

recebem autorização dos gestores para dedicar uma parte da sua carga horária de trabalho para os estudos. São encaminhados pelos gestores para congressos e palestras sobre a rede de atenção à Saúde Mental. E muitas vezes, são incentivados pelos gestores a fazer uma formação em saúde mental, em nível de pós-graduação.

O próximo item a ser detalhado é a preparação para a alta do serviço, atividade que foi relatada acompanhada de muita preocupação pelos profissionais do serviço. A preocupação com esse aspecto surge em duas frentes diferentes: por um lado, a preocupação que os usuários não fiquem dependentes do serviço, sendo atendidos ano após ano, interrutamente, o que poderia caracterizar uma institucionalização do usuário, como observamos no seguinte relato:

*[...] hoje em dia a gente esta com paciente que esta aqui há mais de dois anos já, e que não tinha recebido alta em nenhum momento, e assim a gente esta começando a dar alta para esses pacientes (PC6).*

Apesar das preocupações dos profissionais com a institucionalização dos usuários, é curioso notar que os psicólogos definem medidas que devem servir para todas as pessoas com transtornos mentais atendidos no CAPS: nesse caso, dois anos apareceriam como o tempo máximo que alguém poderia permanecer vinculado ao serviço. Nos questionamos então: a alta de um serviço não deveria ser pensada como um evento dentro de um percurso individual de cuidado, dentro das particularidades do projeto terapêutico individual do usuário, ao invés de ser estipulada anteriormente dentro de um prazo de permanência no serviço que se aplique a todos?

E, a segunda preocupação tem sentido contrário à primeira, e aparece diante da fragilidade da rede de atenção, onde os usuários receberiam a alta do CAPS e ficariam desassistidos, retornando num momento posterior, com um quadro mais grave:

*Agora mesmo estou trazendo um projeto sobre a alta dos pacientes porque a gente começou a ver que é muito lindo e maravilhoso chegar no tratamento, mas quando chega na saída a gente meio que falha, até por não ter outros tipos de serviço aqui no município, a gente vai encaminhar para onde esse paciente, até às vezes um vínculo que acaba se criando [...] a nossa preocupação é a gente dar alta e eles voltarem piores (PC1).*



A forma encontrada para superar essas preocupações, é um trabalho extensivo com o usuário antes de dar a alta definitiva, numa tentativa de prepará-lo para enfrentar o mundo sem o auxílio do atendimento continuado ofertado no CAPS e também de prepará-lo frente às falhas da RAPS, que oferta serviço especializado em saúde mental, mas não consegue oferecer esse tipo de cuidado na atenção básica:

*[...] a ideia é que se monte um grupo de preparação para alta, os pacientes que estariam aptos para a alta iriam para esse grupo, onde a gente estaria falando sobre a alta especificamente, não falaria sobre o sintoma, mas sobre isso: os serviços que tem, os dispositivos de saúde que existem, a questão da inserção no mercado de trabalho, então o objetivo desse grupo seria isso, para poder fazer esse fechamento com relação a alta (PC1).*

*[...] a gente conversa sobre o paciente, a gente vê a questão da medicação, o acompanhamento psicológico, o terapeuta ocupacional, o serviço social, como esta para cada profissional com relação aquele paciente, se todos estarem ok, a gente começa a trabalhar a alta, então ao invés de fazer semanalmente o atendimento desse paciente, a gente faz quinzenalmente, então ele vem dois meses assim, um mês, dois no máximo, aí no mês seguinte a gente faz uma vez por mês, ele vem só para manutenção, a gente vê como ele esta, avalia, se ele estiver bem durante esses dois meses, três meses de desvinculação do serviço daí a gente dá alta definitiva (PC6).*

Apesar das preocupações relacionadas com a cronificação e a institucionalização dos usuários e de que a alta é importante justamente para romper com a lógica manicomial, Pelizzaro (2006) afirma que a alta dos serviços substitutivos em saúde mental é algo muito difícil de ser observado. A autora realizou uma pesquisa com profissionais de CAPS e a sua experiência com altas e apesar destes relatarem que o processo terapêutico deve ter um início, meio e fim, a alta acontece de forma reduzida ou não acontece, e é vista como um momento difícil do atendimento.

Alguns questionamentos precisam ser levantados em relação à alta. Em primeiro lugar, o procedimento de alta está intimamente ligado com o saber biomédico e com a ideia de cura: uma doença é percebida e um diagnóstico é feito, uma intervenção é realizada sobre esse corpo doente que volta para a sua condição anterior de normalidade e então se produz a alta médica. Não vamos nos aprofundar na discussão do normal e do

patológico, pois não é nossa finalidade nesse estudo, mas esse processo não se dá de maneira tão simples na área de saúde mental, onde a maioria das doenças são crônicas e acompanham as pessoas por toda a sua vida. Nesse contexto: se não existe cura, quais são os critérios adotados para dar alta a um usuário?

Outra questão relevante que gostaríamos de colocar é sobre a Rede de Atenção a Saúde Mental. Se a rede não se forma e os serviços que deveriam dar apoio à alta dos pacientes do CAPS são falhos ou inexistentes – de acordo com as falas dos profissionais –, nesse âmbito, dar alta a um usuário é igual a deixá-lo desassistido. Caberia então aos profissionais se questionarem sobre o que é mais prejudicial: o risco de institucionalizar o usuário ou deixá-lo sem o suporte oferecido pelos profissionais e pelo serviço?

O próximo item do *Fazer Clínico* é a atividade de orientação que o Ministério da Saúde (2004, p.21) compreende como “conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas”. As orientações aqui compreendem aquelas ofertadas para os usuários e os familiares destes; as informações prestadas a outros serviços e profissionais serão trabalhadas no item *Fazer Político*.

*Por exemplo, tem muita gente que procura só a informação, que vem aqui “Ah, me falaram não sei o que...” [...] que a gente vê que veio buscar e eu tenho tentado fazer na medida do possível essa orientação primeira (PC5).*

O trabalho de oferecer orientações acaba sendo compreendido como um momento informal, e não como uma prática oficial do psicólogo dentro do serviço, tanto que um dos profissionais entrevistados intitulou esse tipo de ação como “atendimento de corredor”. Apesar desse tipo de atividade ser vista com um valor reduzido, todas as atividades dentro do CAPS devem ser desenvolvidas em um meio terapêutico, que é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor (Ministério da Saúde, 2004). Destarte todos os encontros e todos os espaços, sejam eles físicos ou afetivos, podem ser acolhedores e terapêuticos e mesmo uma ação simples, de orientação, ainda que no corredor, pode ser um cuidado em saúde mental (Muhl, Feltes & Hoch, 2013). O que se negligencia aqui – ou se desqualifica – é o papel que a orientação tem na assistência ou mesmo prevenção no contexto de saúde.

Uma parte fundamental do trabalho em Atenção Psicossocial, dentro do *Fazer Clínico*, é o atendimento aos familiares do usuário. Mas a compreensão desse atendimento e a sua realização ocorrem de maneiras muito diferentes dentro dos

serviços que visitamos, e o psicólogo aparece como um profissional-chave nesse atendimento. Na teoria, os grupos de familiares teriam o objetivo de criar laços de solidariedade, discutir problemas em comum, oferecer (e receber apoio) além de ser um espaço para os profissionais repassarem informações acerca do projeto terapêutico e do diagnóstico (Ministério da Saúde, 2004). Vejamos como isso se dá na realidade dos serviços: normalmente esse atendimento é feito em grupo, com reuniões semanais ou mensais. Os grupos podem ter como finalidade estabelecer um feedback entre o serviço e a família ou apresentar um perfil terapêutico, próximo ao que os grupos de usuários apresentam. Nas falas abaixo temos retratos desses dois tipos de grupo:

*E também com os pais dos adolescentes que são pacientes do CAPS, crianças e adolescentes, também uma vez por mês eu faço grupo com eles, fazer uma devolutiva de como está sendo o trabalho, o que eles estão observando em casa, se está tendo evolução, não está, então o grupo familiar seria mais nesse sentido (PC1).*

*A gente começou agora esse ano a trabalhar com eles a questão de motivação, de desenvolvimento, a auto-estima deles, regras, imposição de vontades, tanto por conta da questão da dependência química, que é o que eles mais tem dificuldade, como algumas questões assim, alguns pacientes nossos aqui são muito dependentes dos pais, ou do marido, e a gente está tentando trabalhar com eles essa autonomia deles também... Entrevistador: Então o grupo de familiares é como se fosse um grupo com usuários, com o mesmo perfil terapêutico... Psicólogo: Mesmo perfil terapêutico (PC6).*

A divergência também ocorre em outros aspectos. Também não existe consenso sobre a ocorrência de grupos mistos, ou seja, familiares presentes nos grupos de usuários para fazer um acompanhamento dos mesmos. Vejamos:

*[...] o grupo de família, a gente tentou manter só a família, porque tinham pacientes e familiares juntos, e muitas vezes o familiar não contava alguma coisa por conta de paciente estar junto (PC6).*

*[...] é um grupo de dependência química se a pessoa tem condições de estar lá, ela vira, e o familiar também tem autorização para estar participando do grupo junto (PC3).*

Existem também práticas inovadoras no que diz respeito ao atendimento a família do usuário. Normalmente entende-se que o atendimento familiar seja destinado à pessoa que se responsabiliza pelo cuidado ao usuário, como o pai, a mãe, o esposo, a esposa, um filho maior de idade, ou seja, um responsável. O que pode passar inadvertidamente é o fato de que os usuários do CAPS também podem ser responsáveis por outras pessoas, em especial, os seus filhos. Esse fato foi observado por um dos psicólogos entrevistados que resolveu fazer algo a respeito:

*O atendimento familiar, ele é um projeto específico que é da minha pós-graduação em Saúde Mental, onde eu trabalho com os pais e seria com um objetivo mais preventivo. Então os pacientes do CAPS que tem filhos menores de idade que a gente sabe que tem a propensão a ter algum tipo de transtorno, que faço esse grupo de pais que é para falar da questão familiar, a relação do afeto, do limite, daí nesse grupo eu faço algumas avaliações com algumas crianças para fazer alguns encaminhamentos, está com alguma dificuldade na escola, ou está com algum problema específico no comportamento então eu avalio para ver se vai encaminhar para algum tipo de serviço então eu faço esse trabalho aqui (PC1).*

Apesar de, na grande maioria das vezes, o atendimento aos familiares serem feitos em grupos – diversos familiares de diversos usuários – existem também situações em que as reuniões com os familiares são feitas de maneira individualizada. Os familiares de um usuário em específico podem ser chamados no serviço para tratar de questões específicas como o uso de medicamentos, por exemplo.

*[...] às vezes eu faço uma intervenção, chamo a família, faço intervenção também junto com o paciente e às vezes a gente consegue um resultado mais efetivo (PC4).*

Esse atendimento individual de familiares também está previsto nas diretrizes do Ministério da Saúde (2004) que entende que ele deve acontecer em situações rotineiras ou momentos críticos quando a família (ou um membro dela) precise de orientações e acompanhamento. A participação da família é incentivada pelas diretrizes dos serviços e pelos gestores já que existe um entendimento de que os familiares são o principal elo

dos usuários com o mundo e por isso devem estar próximos do serviço. Assim sendo, “os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social” (Ministério da Saúde, 2004, p. 29).

A reunião de equipe é uma prática do *Fazer Clínico* que foi relatada por todos os profissionais entrevistados – juntamente com o atendimento individual – e a qual os profissionais atribuem grande importância. A reunião de equipe se apresenta como um espaço para a reflexão sobre as práticas desenvolvidas.

*[...] a gente tem sempre reunião de equipe que eu acho é um espaço bem bacana que a gente tem para colocar até as nossas angústias, para colocar alguma coisa que tem que melhorar, para discutir um caso difícil (PC2).*

A preocupação com a discussão dos casos clínicos faz com que a reunião de equipe acabe sendo duas: uma reunião para discutir a parte administrativa com todos os profissionais do serviço, e uma outra, com caráter mais técnico, onde são reunidos apenas os profissionais de nível superior.

*A gente traz para a reunião técnica que é também na segunda-feira, é feito primeiro a reunião administrativa, aí o pessoal do administrativo sai e ficam só os técnicos, e ali a gente conversa sobre o paciente (PC6).*

A importância da reunião de equipe relatada pelos profissionais entrevistados pode ser esclarecida diante da descrição das tarefas que competem a ela:

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (Ministério da Saúde, 2004, p.27).

Sendo estas, então, tarefas de organização, desenvolvimento e manutenção do serviço, a equipe precisa dialogar e entrar em consenso para que estas tarefas possam ser efetivamente aplicadas, e o momento em que esse espaço de diálogo aparece é justamente a reunião de equipe. Ainda que sejam realizadas apenas uma vez por semana e por isso acumulem uma grande quantidade de conteúdos a serem discutidos, como pudemos observar na reunião de equipe que participamos em um dos CAPS que visitamos, esse parece ser um espaço de resoluções e tomada de decisão.

O último item da listagem de *Fazer Clínico* é a visita domiciliar descrita pelo Ministério da Saúde (2004, p. 22) como “atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa”. Essa prática foi referenciada por apenas um psicólogo entrevistado e ainda assim, é realizada em meio a grandes dificuldades:

*[...] a gente não tem carro, então sofre muito em relação fazer visita, então essa é uma prática que quase nem ocorre aqui muito por falta de carro para fazer isso, então essa é uma das coisas também que a gente vê falha no serviço que a parte das visitas, que é bem esporádica, nos casos mais extremos, ontem mesmo teve uma paciente, que está brigada, que teve uma crise e foi parar no pronto-socorro e eu fui com a técnica de enfermagem e a gente foi no carro dela para ir lá ver a paciente (PC1).*

Esse baixo número de visitas domiciliares realizadas pode ser um sintoma de uma grande valorização do serviço, de um entendimento do serviço como um espaço privilegiado. Nesse sentido os profissionais priorizariam e centralizariam as ações que são desenvolvidas dentro do serviço, e deixariam em segundo plano as atividades que poderiam ser realizadas na comunidade.

De todas as atividades a nós relatadas pelos entrevistados, a visita domiciliar é a única que efetivamente se caracteriza como uma prática territorial na sua concepção e realização. O território é uma importante noção para o atual modelo de atenção à saúde mental no país, pois é ele que diferencia o tipo de cuidado oferecido pelo modelo hospitalocêntrico, baseado no isolamento e na exclusão, do cuidado na Atenção Psicossocial que preza pela permanência da pessoa com sofrimento psíquico em sua comunidade, em meio aos seus vínculos afetivos e onde é possível lhe garantir os seus direitos a cidadania (Sales & Dimenstein, 2009; Yasui, 2010).

A visita domiciliar pode facilitar aos profissionais a apreensão sobre como se dá a vida do usuário para além do serviço o que pode auxiliar no atendimento dentro do serviço. Essa visita é programada com o objetivo de os profissionais do CAPS observarem a moradia, a família, a vizinhança, as relações, fatores que podem levar a uma melhor compreensão de uma pessoa, e mesmo do seu sofrimento.

### 3.5.2. *Fazer Burocrático*

O *Fazer Burocrático* reúne todas as atividades em que não há contato direto com outras pessoas, não sendo, portanto, atividades de cuidado, ficando restritas a atividades administrativas. Entretanto, essas atividades burocráticas parecem fundamentais para manter o bom funcionamento do serviço, o que garante que os profissionais possam se dedicar plenamente, no restante do tempo, aos dois outros fazeres – clínico e político.

Nesta categoria não obtivemos descrições detalhadas das atividades desempenhadas pelos psicólogos. As atividades foram citadas brevemente em meio à rotina de trabalho ou em meio às dificuldades da atuação profissional, ainda assim, direcionamos o trabalho na tentativa de compreender melhor esse tipo de atuação, ainda que nosso material de análise seja reduzido e mesmo na literatura tenhamos encontrado dificuldade em localizar materiais para contextualizar.

Tabela 3  
*Detalhamento das atividades do Fazer Burocrático*

Fazer Burocrático
<b>Devolutivas aos serviços da RAPS</b>
<i>“às vezes tem que responder ofício de outras Secretarias, a respeito de atendimento de usuários que foram eles que encaminharam”PC3</i>
<b>Elaboração de projetos</b>
<i>“um projeto de implantação que eu já pensei no serviço, esse projeto era para o CAPS, especificamente para fazer esse tipo de grupo, num trabalho mais preventivo”PC1</i> <i>“fui autora do projeto técnico e acompanhei mesmo a parte burocrática” PC3</i>
<b>Organização de eventos</b>
<i>“Então quando a gente precisa fazer um evento, uma coisa, nós técnicos conversamos e vemos qual é a nossa possibilidade”PC6</i>
<b>Responder ofícios e documentos a outros órgãos</b>
<i>“Muitas vezes também tem que responder documentos para o Ministério Público quando envolve, muitas vezes, agressão, violência, então a gente tem que fazer também essas devolutivas; devolutivas de documentos para o Conselho Tutelar também quando envolve menor, então a gente faz.”PC2</i> <i>“às vezes tem que responder ofício de juizado” PC3</i>

Fonte: Os autores.

O primeiro item retratado no *Fazer Burocrático* diz respeito à comunicação interna da Rede de Atenção Psicossocial – um fazer de referência e contrarreferência que por si só já é um desafio diante dos avanços na área de saúde: o matriciamento. Esse apoio matricial no caso da Atenção Psicossocial é uma proposta de um tipo de cuidado colaborativo – horizontal – entre a saúde mental e a atenção primária.

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade (Gonçalves, Ballester, Chiaverini, Tófoli, Chazan, Almeida & Fortes, 2011, p.13).

Nas nossas observações e nos relatos dos psicólogos não conseguimos diferenciar se a prática de comunicação com os outros serviços da RAPS à que eles se referem nas entrevistas dizem respeito a uma prática tradicional de referência e contrarreferência ou se já opera pela lógica do apoio matricial. Ainda assim, é possível perceber as dificuldades que circundam essa atividade:

*[...] a gente está recebendo muito encaminhamento de criança, então a gente tem algumas dificuldades da RAPS – da Rede de Atenção Psicossocial – a gente precisa discutir essas coisas, um encaminhamento que está errado, e a gente tem que discutir e tem que levar de novo para a Unidade, uma referência que o médico faz e que às vezes dificulta o nosso trabalho (PC2).*

Pelo relato podemos perceber que a comunicação ocorre com bastante dificuldade e incompreensões entre os serviços. Algumas questões podem ser levantadas sobre o porquê ocorrerem encaminhamentos “errados”, de pacientes que não teriam o perfil para frequentar o CAPS: por um lado, existe a possibilidade de os profissionais que fazem os encaminhamentos não terem um conhecimento aprofundado sobre o que é esse serviço e a quem se destina, por outro lado, isso pode se tratar de um sintoma dessa rede que não está totalmente formada e em que faltam outros serviços, o



que sobrecarregaria o CAPS com todos os casos de saúde mental do município. Apesar de levantarmos esses questionamentos, não é nosso objetivo aqui nos determos na questão da rede<sup>22</sup>, e sim nas tarefas desenvolvidas pelos psicólogos.

O segundo item diz respeito à elaboração de projetos. Num primeiro momento, esses projetos dizem respeito ao próprio projeto de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial e que contam com a ajuda de psicólogos na sua elaboração, como podemos ver na fala abaixo:

*Assim, a gente refez todo o projeto do CAPS, então desde a estruturação do projeto terapêutico até a saída do paciente daqui (PC6).*

Mas outros tipos de projetos também são elaborados e executados por psicólogos e dizem respeito a práticas inovadoras para serem desenvolvidas dentro dos serviços, como por exemplo, um projeto diferenciado para trabalhar com a alta dos usuários ou um projeto para ser realizado com as famílias dos usuários<sup>23</sup>:

*[...] na minha pós eu fiz um projeto de implantação, a conclusão do curso foi um projeto de implantação que eu já pensei no serviço, esse projeto era para o CAPS, especificamente para fazer esse tipo de grupo, num trabalho mais preventivo levando em consideração que os filhos tenham propensão a vir a ter algum problema, como eles são muito voltados para eles, muitos são muito agressivos com o filho, outros até por estarem depressivos os filhos acabam ficando abandonados, tem dificuldade para expressar o sentimento, de dar limite, então tudo isso é trabalhado nesse grupo, é um grupo específico voltado para isso (PC1).*

Os projetos são importantes no cotidiano do serviço, pois refletem os objetivos que os profissionais esperam alcançar com o seu trabalho. Entre as entrevistas, encontramos projetos elaborados previamente, como os de implantação do CAPS, que orientam as ações do serviço, mas encontramos também projetos que já são fruto da reflexão crítica sobre a realidade do serviço e que buscam lidar com situações

---

<sup>22</sup> A rede e o território da 1ª Regional de Saúde do Paraná já foram pormenorizadas no primeiro capítulo deste trabalho.

<sup>23</sup> O conteúdo desses projetos já foi discutido no item anterior “Fazer Clínico”. Neste item destacaremos apenas a atividade de elaborar o projeto.

específicas que se apresentaram durante a atuação desses profissionais, o que demonstra a capacidade destes de realizar práticas inovadoras no campo da saúde mental.

Voltamos para a lista de *Fazer Burocrático*. A organização de eventos é normalmente gerida por toda a equipe do serviço de saúde mental, incluídos aí os psicólogos, e podem ser tanto atividades diferenciadas para promover a integração dos usuários, como também podem ser eventos temáticos em datas especiais: páscoa, natal, dia das mães, e outras tantas. Esses eventos têm duração variada, podem durar apenas um dia ou uma semana toda, por exemplo.

*Tem um dia, na segunda, que é o dia D que é aberto para todos os pacientes, ou quando a gente faz uma atividade diferenciada, como eu comentei daquela semana, daí vem a semana toda, é livre, vem todos os pacientes (PC1).*

*Foi feito na páscoa, uma oficina de páscoa, com os pacientes da depressão, então assim, foi dado tudo por nós, eu e o terapeuta ocupacional que pagamos e assim, não vejo nada de errado nisso, tanto pela questão assim, que é para os pacientes é para a gente também, quanto assim, a gente acompanha, a gente vê o desenvolvimento deles, e é isso que a gente está tentando priorizar hoje, então assim, é difícil verba, por questões de o município ter as dificuldades dele, mas assim a gente consegue trabalhar bem (PC6).*

Os eventos têm um objetivo específico e claro: proporcionar um momento de recreação para os usuários do serviço. Os profissionais se empenham para realizar esses momentos, como vimos no relato acima em que o evento foi pago pelos próprios profissionais, pois entendem que essas confraternizações e comemorações podem ser uma forma de integrar os usuários com a comunidade: se a comunidade está festejando a páscoa, o dia das mães, o natal, as pessoas com transtorno mental também o estão fazendo, o que religa essas pessoas com o mundo.

O último item da lista de Fazer Burocrático diz respeito ao trabalho de responder documentos e ofícios demandados por outros órgãos que não fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial e que normalmente objetivam o esclarecimento sobre o atendimento de algum usuário. A emissão de documentos e laudos é uma questão delicada na Psicologia, tanto que aparece em vários momentos do Código de Ética Profissional para garantir o padrão esperado das práticas dos psicólogos.

As preocupações aparecem no sentido de garantir a qualidade desses documentos, e também garantir a comunicação adequada entre os psicólogos e os profissionais não psicólogos. Nesse sentido, o Código de Ética Profissional adverte: “Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo” (Art 6, 2005, p. 12).

Os psicólogos não parecem ter nenhuma dificuldade na elaboração desses documentos, exceto o tempo que é gasto na sua elaboração. E em meio a essas comunicações, surge um ator importante: o Ministério Público, que pode tanto acessar o serviço como ser acessado por ele:

*E na quinta-feira, eu acabo ficando um pouco mais do que eu devia porque, por causa dessas coisas aqui que vem do Ministério Público, que eles pedem acompanhamento (PC5).*

*[...] outra coisa é que às vezes a gente tem problema com o próprio usuário, no sentido de muitas vezes a família, o usuário não consegue melhorar porque a família esta atrapalhando ele, então tem casos que a gente leva para o Ministério Público, para o Ministério Público nos prestar esse auxílio (PC3).*

As atividades relacionadas com o *Fazer Burocrático* que acabamos de descrever não têm uma única finalidade ou característica, são atividades múltiplas sem muita coisa em comum. De um lado, temos a atividade de organização de eventos que nada exige de conhecimentos psicológicos e sobre a qual nada foi aprendido durante a formação desses profissionais, que precisam aprender fazendo. Entretanto, as outras tarefas – comunicação, elaboração de documentos e projetos – prescindem de conhecimentos específicos do campo do saber da Psicologia para serem desenvolvidas, ainda que num primeiro momento essa relação com o saber psicológico não fique claro.

### 3.5.3. *Fazer Político*

As atividades aqui destacadas como *Fazer Político* fazem referência às relações que precisam ser estabelecidas para que os profissionais consigam manter o bom funcionamento do serviço. Vejamos a descrição dessas práticas:

Tabela 4  
Detalhamento das atividades do Fazer Político

Fazer Político
<b>Comunicação com a Gestão</b>
“desde que eu peguei o CAPS aqui em julho mudou de Secretário três vezes, ai muda de Secretario ai você tem que sentar e explicar para ele o que é o CAPS, o que o CAPS precisa”PC4
“conversamos normalmente com o Secretário, para ver qual é a disponibilidade da Secretaria de estar ajudando no CAPS”PC6
<b>Organização de Conselhos e Comitês</b>
“a gente está montando também no município o Comitê Municipal de Saúde Mental” PC3
“eu comecei essas reuniões de rede” PC4
<b>Participação em Conselhos e Comitês</b>
“E eu também participo do Comitê Regional de Saúde Mental, então tem uma reunião geralmente, no mínimo uma reunião no mês.”PC2
“a gente faz parte do Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas, eu sou conselheira”PC3
<b>Reuniões de orientação em outros serviços</b>
“tem reunião do Conselho, o Conselho quer saber da Saúde Mental, vai ter uma reunião lá na escola e quer saber da Saúde Mental, eu acabo participando”PC3
“eu já fui na escola conversar” PC5

Fonte: Os autores.

O primeiro item do *Fazer Político* do psicólogo que atua na RAPS diz respeito à comunicação com a gestão. Os profissionais ressaltaram a importância do apoio e do bom diálogo com as autoridades do município, em especial com o Prefeito e com a pessoa responsável pela Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de um bom trabalho na área de saúde mental.

*[...] e destacar a importância da gestão, do Prefeito, do Secretário de Saúde trabalharem apoiando a Saúde Mental, porque os profissionais, por melhores que sejam eles, eles não fazem uma saúde mental no município se não tiver o apoio da gestão (PC3).*

*Aqui em [...] eu trabalho desde 2011, então assim, eu já venho da gestão anterior, e já estou nessa gestão há dois anos, então é uma situação bem diferente, esse ano a gente está vendo, desde o ano passado, a gente vê que realmente a gestão quer que os serviços funcionem (PC6).*

Esse apoio da gestão municipal se mostra importante em vários momentos, como na tomada de decisão e no direcionamento do serviço. É possível identificar um consenso entre os profissionais de que só é possível fazer saúde mental se a gestão se identificar com essa área e direcionar ações para tal. Mas nem todos os diálogos com as

autoridades do município são tranquilos. Segundo os relatos dos entrevistados é comum que surjam pedidos que extrapolem o funcionamento habitual do serviço, como por exemplo, solicitações para atender uma pessoa que não está em sofrimento psíquico grave, ou mesmo, que se facilite o benefício por doença no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) de uma outra pessoa que não é usuária do CAPS. Esse tipo de situação exige muito dos profissionais, que precisam atuar como mediadores de conflito:

*[...] a nossa rotina é essa, eu só to te dando um exemplo assim, se você vier aqui todo mês, todo mês eu vou ter um exemplo recente para te dar, é do vereador, de vir a demanda do vereador, é nossa? Não é nossa, e eu vou dizer para esse vereador “não é nossa, não vou atender” eu preciso dar uma solução para ele porque eu preciso do vereador também, às vezes eu preciso dele. [...] o que a gente faz? Chama o vereador para uma reunião da equipe a gente senta e explica para ele, tem dado certo, dá muito trabalho, a gente desloca todo o nosso tempo, veja bem, eu mobilizo toda a minha equipe por conta de uma situação, mas tem dado certo porque daí com o tempo eles param de vir pedir, ou vai diminuindo (PC3).*

*[...] aí você tem que fazer esse meio campo, ser simpática, porque o vereador não sei quem que falou com a Secretaria, aí não poder dizer sim, mas também não pode dizer não (PC4).*

Macedo & Dimenstein (2011), em um artigo que retrata o processo de interiorização da Psicologia já alertam para as dificuldades que os psicólogos podem encontrar no campo político. Quando a Psicologia vai para os municípios de pequeno e médio porte encontra “situação de rivalidade política local e as corriqueiras práticas de centralismo, autoritarismo, clientelismo e descompromisso social de certos gestores frente às necessidades da população” (Macedo & Dimenstein, 2011, p. 302), situações essas que impactam diretamente na atuação dos profissionais dentro dos serviços públicos de saúde.

Apesar desses “pedidos incoerentes” – com um dos entrevistados chamou as demandas dos políticos do município – não se apresentarem todos os dias, pudemos perceber que eles incomodam bastante. Os psicólogos acabam ficando numa posição incômoda, entre atender ou não atender o pedido dos políticos que, no entendimento dos profissionais, nas cidades do litoral tem bastante poder e podem decidir o futuro desse

profissional num outro momento. Nas respostas não encontramos consenso sobre a forma como lidar com essa situação, e cada psicólogo acaba por medir as possíveis consequências da sua resposta antes de tomar uma decisão.

Outra atividade que aparece relacionada com o *Fazer Político* dos psicólogos é a organização de Comitês e Conselhos que tenham relação com a Saúde Mental. Na pesquisa de campo encontramos dois psicólogos envolvidos com a criação do Comitê Municipal de Saúde Mental e também encontramos um psicólogo organizando reuniões para articular a rede de atenção a saúde mental no seu município. Vejamos os relatos:

*E eu to montando, já fiz a primeira reunião do Comitê Municipal de Saúde Mental, que está sendo, que nós estamos esperando só o prefeito assinar o decreto, já esta tudo prontinho, eu acredito que até a primeira quinzena desse mês já esteja oficializado o Comitê, e aí que eu preferi esperar sair esse decreto, eu fiz a primeira reunião em novembro do ano passado e não fiz mais, não organizei mais nenhuma reunião, que é um espaço também de discussão, onde tem representantes de vários setores do serviço público né, dos conselhos municipais, das diferentes secretarias municipais, mas é uma, mas vamos dizer assim, é uma reunião mais técnica (PC2).*

*Agora também eu estou fazendo um trabalho, correndo atrás dessa questão de rede, a gente já iniciou, teve a primeira reunião de rede que eu comecei a fazer aqui dentro do CAPS, chamando todos os setores, inclusive o Ministério Público (PC4).*

O texto do relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), conferência que aconteceu em dezembro de 2001, fala da importância de existir esse tipo de órgão. Entre as funções dos Comitês ou Conselhos de saúde e de saúde mental em um município estão fiscalizar e assegurar que os gestores atuem em prol do novo modelo assistencial em saúde mental e que sejam implantados serviços substitutivos nos municípios de acordo com as políticas vigentes. A organização desses órgãos aparece para os psicólogos entrevistados como uma forma de facilitar o seu trabalho e tentar driblar as dificuldades que eles encontram na atuação em saúde mental. Por exemplo, com o apoio do Comitê Municipal de Saúde Mental, pode-se requerer oficialmente junto a gestão a implantação de outros serviços no município, sem que isso soe como um pedido de um funcionário da prefeitura.

A participação dos psicólogos em Comitês e Conselhos, próximo item do *Fazer Político*, é desempenhada com os mesmos objetivos que levam os psicólogos a organizar Comitês e Conselhos. A única diferença que encontramos, é que no caso em que os psicólogos só participam, os comitês e conselhos não precisam tratar especificamente da saúde mental, podem ser apenas de saúde ou mesmo de assuntos que estejam relacionados a aspectos sociais, como a segurança:

*[...] a gente faz parte do Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas, eu sou conselheira, a assistente social é junto comigo, representando a Saúde, para lá a gente buscar outras melhorias, como segurança que o problema da dependência química, por exemplo, está relacionado com o tráfico (PC3).*

Antes de apresentarmos o último item do *Fazer Político* – Reuniões de orientação em outros serviços – achamos necessário fazer um esclarecimento do porque ele se encontra incluído no fazer político do psicólogo na RAPS e não no fazer clínico. O que percebemos em relação às reuniões geridas pelos profissionais da RAPS em outros serviços é que para além de trazer um detalhamento sobre a questão da saúde mental e de orientar ações, essas reuniões apresentam disputas sobre hierarquias e sobre a quem compete o que, portanto, são permeadas por relações de poder. Vejamos os relatos:

*[...] então além de fazer o nosso trabalho, a gente também está tendo que fazer esse trabalho de estar orientando as unidades, estar montando esse grupo de matriciamento, a parte do ambulatório de saúde mental, de estar orientando porque os próprios profissionais do serviço da prefeitura não sabem o que é um CAPS, o que exatamente é o trabalho do CAPS, não fazem encaminhamento da forma correta, então a gente precisa também fazer esse trabalho com a rede, com os profissionais (PC1).*

*[...] elas não são meras reuniões, eu vou como técnica, lá eu já aproveito para falar do trabalho, como funciona, às vezes, já surge uma demanda ali mesmo, às vezes, a reunião está ocorrendo porque tem uma demanda mesmo, por exemplo, semana passada nós recebemos aqui na nossa reunião de equipe o psicólogo da educação, ele estava encaminhando crianças e adolescentes para cá e a gente viu que não era para a gente atender, a gente sabe que precisa do atendimento,*

*mas não era para o CAPS, então nós o convidamos para participar e dialogar pontualmente (PC3).*

*[...] normalmente uma vez por semana a gente também está se deslocando para as reuniões da UBS, para fortalecimento da própria RAPS (PC3).*

Nos textos da Portaria 336 (Ministério da Saúde, 2002) e do Ministério da Saúde (2004) compete ao CAPS, e a sua equipe, responsabilizar-se pela organização da rede de cuidados em saúde mental no seu território e parece ser essa a origem dessas reuniões com o objetivo de esclarecer e facilitar a operacionalização da atenção em saúde mental no município. A Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011) desonera o CAPS dessa função, ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial onde todos os níveis de atenção têm tarefas exclusivas a serem cumpridas, mas na prática, encontramos os CAPS ainda tendo um papel central na organização e nos cuidados em saúde mental da 1ª Regional de Saúde do Paraná.

### **3.6. Um dia típico**

Apesar do grande número de atividades que encontramos sendo desenvolvidas pelos psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial do litoral paranaense, nem todas essas atividades estão presentes todos os dias. Algumas são realizadas mais frequentemente que outras.

Segundo os relatos, as atividades de cuidado, descritas no *Fazer Clínico*, são as mais numerosas. Algumas são realizadas todos os dias, como acolhimentos, atendimento individual e atendimento em grupo. Outras destas atividades do *Fazer Clínico* são realizadas semanalmente, por exemplo, reunião com os familiares e reunião de equipe. Algumas atividades do *Fazer Burocrático* também se apresentam com alguma frequência, como fazer as devolutivas aos outros serviços da RAPS e responder documentos e ofícios. Vejamos como os psicólogos descrevem a sua rotina de trabalho:

*[...] eu sei que terça-feira eu tenho aquele grupo para eu atender, toda terça vai ser aquele grupo, toda quarta é aquele, de manhã tem as avaliações, quinta de manhã tem os individuais, quinta à tarde eu tenho o grupo das mulheres, toda semana vai ser aquilo ali (PC1).*



*Então eu faço basicamente, segunda e terça, eu trabalho dessa forma: atendimento clínico, fazendo acolhimento, respondendo algum documento. [...] E na quinta-feira, eu tenho paciente na quinta-feira, também sempre 3,4 pacientes a cada meio-período. Na sexta-feira eu não deixo paciente nenhum porque a gente fica sem sala para atendimento, então, é sempre um telefonema, é ou mesmo na sexta-feira eu gosto de estudar um pouco então eu fico aqui estudando quando dá tempo, que às vezes não dá que a semana inteira fica bem espremido. Às 15:30, a gente tem sempre reunião de equipe [...] (PC2).*

*Na segunda-feira é feita a reunião administrativa, das 9 até o meio-dia, até as 11 mais ou menos, a tarde tem um grupo de transtornos, às vezes eu participo e às vezes eu só fico de observação, ou normalmente eu atendo. Na terça-feira tem grupo de família [...] Na quinta-feira tem ainda dependência química, tem atendimento individual com alguns dependentes (PC6).*

Para além dessas tarefas que são desempenhadas cotidianamente, existem outras atividades que são pontuais, que os psicólogos se ocupam em resolver, ainda que não sejam tão constantes da sua rotina. Com essa característica temporal, temos atividades dos três grupos: no *Fazer Clínico*, um bom exemplo seria a visita domiciliar, no *Fazer Burocrático*, a organização de eventos se dá apenas em datas comemorativas espalhadas durante o ano, e no *Fazer Político*, as reuniões de orientação com outros serviços que só são realizadas quando surge a necessidade.

Assim sendo, podemos perceber que apesar de ter que desempenhar várias atividades que não sejam próprias do saber psicológico, a maior parte do dia de um psicólogo que atua em saúde mental é sim tomada por ações de cuidado e que carecem do uso dos seus conhecimentos enquanto psicólogo. As outras demandas – burocráticas e políticas – aparecem com menos frequência, mas exigem tanta atenção quanto as tarefas da clínica, pois são indispensáveis para que as informações circulem na rede, que o serviço tenha um bom desempenho e os resultados sejam alcançados.

### **3.7. Considerações sobre a atuação dos psicólogos na RAPS**

*Caminhante, são teus passos  
o caminho e nada mais;  
Caminhante, não há caminho,  
faz-se caminho ao andar.  
Antonio Machado*

Ao nos depararmos com a realidade dos serviços de saúde mental, percebemos que estas são múltiplas, desde o CAPS amplo com salas de atendimento adequadas, até o CAPS que funciona dentro de um Pronto Atendimento 24 horas onde os profissionais ficam separados da população por pesadas portas de ferro, e que essas diferenças vão impactar diretamente na forma de atendimento dos usuários pelos psicólogos (e pelo restante da equipe também). Múltiplas também são as formas que cada psicólogo desenvolve o seu trabalho, e não raras vezes, um mesmo nome foi atribuído a atividades desempenhadas de maneiras diversas.

Essas diferenças são esperadas; mais ainda, são desejadas – os serviços devem operar segundo a lógica do seu território – mas não esperávamos encontrar tamanhas diferenças investigando um mesmo território, onde coexistem cidades com características tão semelhantes; isso nos alertou para a complexidade da assistência em saúde mental. Destarte, nosso trabalho de buscar a essência da atuação do psicólogo na RAPS foi ainda mais extenuante e delicado do que havíamos imaginado. E diante dessa multiplicidade de práticas chegamos à compreensão de que o fazer do psicólogo não é somente um fazer psicológico. O profissional da Psicologia tem que ser clínico, mas ele precisa ser burocrata, político, mediador, realizador e até inventor em algumas situações que se apresentam. Ele não pode ser um, ele necessita ser vários para manter o bom funcionamento do serviço.

Outra compreensão que este estudo nos trouxe diante da multiplicidade das tarefas e da multiplicidade desse profissional é que ele agora opera pela lógica da realidade em que está inserido. Realidade aqui não como território, visto que essa noção ainda não está de toda assimilada pelos profissionais da saúde mental. Realidade como as demandas que o serviço e a legislação impõem a ele. Realidade como aquilo que bate à porta e ele necessita atender. Como nos versos do Antonio Machado: um caminho que se faz ao andar, um trabalho que se faz ao trabalhar.

Não era nosso objetivo sermos normativos, ditando quais atividades e de que forma estas devem ser desempenhadas pelos psicólogos dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Nosso intento era tão somente conhecer a realidade desses profissionais, fazer uma descrição densa das atividades e compreender de que forma elas são significadas pelos psicólogos e pelo serviço. Concluímos então esse estudo com o entendimento de que a realidade da atenção à saúde mental é muito mais complexa do que ditam as legislações e diretrizes, haja vista que algumas das atividades que encontramos não são referenciadas em lugar algum. Isto faz com que o psicólogo que

atua na RAPS seja ainda mais exigido, já que atua diante do desconhecido, o desconhecido que é intrínseco ao transtorno mental e sua evolução, mas também o desconhecido do serviço que presta o atendimento em saúde mental, onde quase não existe rotina e demandas novas aparecem todos os dias.

Esse desconhecido faz os psicólogos acessarem dois tipos de referenciais. Por um lado, tentam encontrar nos ensinamentos psicológicos durante a sua formação práticas que possam aplicar ou ressignificar no serviço, mas sabem que já não são os mesmos psicólogos de quando acabaram a graduação; o serviço os mudou. De outro lado, para os acontecimentos que nada parece ajudar – seja o saber da Psicologia, seja a legislação – eles escolhem o caminho da criatividade para resolver as demandas. Em alguns casos, os dois caminhos aparecem ligados: e vemos psicólogos criativos.

Nada indica que esse operar pela realidade e diante do desconhecido seja uma dinâmica fácil para os psicólogos. Entretanto, se antes estes profissionais se engessavam atrás de práticas cristalizadas, o retrato que encontramos é bem diferente. Os fazeres são sempre acompanhados de reflexão e avaliação dos resultados, na tentativa de alcançar um bom desempenho da profissão

### 3.8. Referências

- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bastos, A.V.B. Gondim, S.M.G. & Borges, J.E. (2010). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nestas ultimas décadas? In: Oswaldo H. Yamamoto & Ana Ludmila F. Costa (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. (pp. 255-270). Natal: EDUFRN.
- Brasil, A.M.R.C. (2004). Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública. *Integração*. 10 (37), 181-186.
- Brasil (1962). *Lei no 4119 de 27 de agosto de 1962 (Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo)*. Brasília: Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4119.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm)
- Brasil (2001). *Lei no 10216 de 06 de abril de 2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental)*. Brasília: Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

- Botomé, S.D. (2010). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? In: Oswaldo H. Yamamoto & Ana Ludmila F. Costa (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. (pp 163-168). Natal: EDUFRN.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense (Original de 1966).
- Cantele, J. Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 32 (4), 910-925.
- Carvalho, D.B. & Yamamoto, HB. (2002). Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicología para América Latina*, México. 1 (1), 1-12.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos centros de atenção psicossocial*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CREPOP/CFP.
- Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: CNS.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica*. São Paulo: Unesp.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo eo ideário individualista: implicaçõespara a prática no campo daassistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*. 5 (1), 95-121.
- Dimenstein, M. (2003). Los (des)caminosde laformaciónprofesionaldel psicólogoen Brasil para La actuaciónem lasalud publica. *Rev Panam Salud Publica*. 13(5), 341-345.
- Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia:Requisitos para Atuação na Atenção Primária ePsicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 32, 232-245.
- Durkheim, E. (1999). *As regras do Método Sociológico*. São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1895).
- Foucault, M. (2012). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Univers.(Original publicado em 1977).

- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de século.
- Gonçalves, D. A.; Ballester, D.; Chiaverini, D. H.; Tófoli, L. F.; Chazan, L. F.; Almeida, N. & Fortes, S. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Gondin, S. M. G.; Bastos, A. V. B. & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In: A. V. B. Bastos & S. M. G. Gondin (Orgs.) *O trabalho do psicólogo no Brasil: um exame à luz das categorias da Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Porto Alegre: Artmed.
- Hegenberg, L. (1998). *Doença. Um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Holanda, A.F. (2014). *Fenomenologia e Humanismo. Reflexões Necessárias*. Curitiba: Editoria Juruá.
- Laplanche, F. (2011). *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes (Original de 1991).
- Macedo, J.P. & Dimenstein, M. (2011). Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31 (2), 296-313.
- Ministério da Saúde (1992). *Portaria no 224 de 29 de fevereiro de 1992 (Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)
- Ministério da Saúde (2002). *Portaria no 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: DF.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria no 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

- Muhl, C.; Feltes, D. L. & Hoch, V. A. (2013). Um novo agir: ampliando os espaços de escuta nos Centros de Atenção Psicossocial. In: *Anais do Congresso Internacional de Saúde Mental*. Irati: Unicentro.
- Pelizzaro, F. (2006). *A alta de usuários nos serviços substitutivos/CAPS na região da Grande Florianópolis – SC*. Trabalho de Conclusão de Curso. Palhoça: Unisul.
- Pereira, S.L.M. (2010) Psicologia: características da profissão. In: Oswaldo H. Yamamoto & Ana Ludmila F. Costa (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. (pp. 141-162). Natal: EDUFRN.
- Sales, A.L.L.F. & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e Modos de Trabalho no Contexto da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 29 (4), 812-827.
- Severo, A.K.S. & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*. 14 (1), 59-67.
- Vasconcelos, E. (2008). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas duas décadas. In: Ana Maria Jacó-Vilela, Fabio Jabur & Heliana de Barros Conde Rodrigues (Orgs). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia na Brasil*. (pp. 72-90). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## Texto III

**4. AS DUAS FACES DA MESMA MOEDA: Vivência dos psicólogos que atuam na Rede de Atenção Psicossocial****4.1. Introdução**

Este trabalho tem como objetivo compreender as vivências que os psicólogos que atuam na saúde mental pública têm no seu cotidiano. Tendo em vista que apenas a legislação e as diretrizes oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) não determinam de todo o que ocorre dentro do serviço, investigamos quais as experiências e situações significativas que os profissionais da Psicologia estão enfrentando junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir de uma perspectiva fenomenológica, entrevistamos seis psicólogos que atuam em serviços de referência de saúde mental na 1ª Regional de Saúde do Paraná, a Regional que abriga os municípios do litoral paranaense. O que encontramos nas suas respostas foram experiências muito conflituosas, em que sentimentos opostos, como satisfação e frustração, parecem sempre andar juntos.

Para apresentar os dados obtidos em nossa pesquisa, vamos primeiramente discutir o conceito de vivência, a partir da perspectiva fenomenológica apresentada por Edmund Husserl e Wilhelm Dilthey. Em seguida são caracterizados o método e o perfil dos nossos entrevistados, para depois, apresentarmos as dualidades presentes na prática dos psicólogos que atuam em saúde mental pública.

**4.2. Buscando a compreensão da vivência**

*“[...] a tarefa de compreender seria impossível se as manifestações vitais nos fossem inteiramente estranhas e seria desnecessária se não existisse nas manifestações vitais algo estranho.”*  
Wilhelm Dilthey

Num primeiro momento a opção por centrar na vivência a coleta de dados de uma pesquisa pode parecer um pouco singular, visto que essa não é uma prática corrente, pelo menos não intencionalmente. Entretanto, a fenomenalidade da vivência é fértil de conteúdos e a sua compreensão é a busca desse artigo, mas para chegar a esse objetivo é preciso desvelar os sentidos desse conceito.

Sob a tutela do pensamento husserliano e diltheyano<sup>24</sup>, identificamos no conceito de vivência a oportunidade de quebrar os dualismos que permeiam as teorias científicas. A vivência é o elo de ligação entre o geral e o individual, entre o universal e o singular, entre o objetivo e o subjetivo, entre a natureza e a cultura e de alguma forma ela consegue capturar, ainda que por um breve instante, a relação parte-todo, é a figura e o fundo vistos simultaneamente. Mas que configuração é essa que a vivência assume e que a torna capaz de ligar esses termos até então opostos?

O termo vivência é um neologismo criado por Ortega y Gasset (1913/2011) a partir da tradução do vocábulo alemão *Erlebnis*, e pode ser entendido como um sinônimo de experiência vivida. Dilthey (1894/2008, p. 128) descreve a vivência como “a atuante conexão viva no seio da vida anímica e do mundo histórico”, assim sendo, um símbolo verdadeiro da experiência plena e não mutilada da realidade, por isso tão central para as pesquisas em ciências do espírito. Pensando então a vivência como a experiência vivida que forma um fluxo, Holanda (2003, p.172) assinala que a vivência inclui os “próprios conteúdos reais, imediatos, da consciência de cada um, os dados perceptivos, representativos e ideativos, as emoções, sentimentos, desejos, decisões, as experiências de êxtase, as dúvidas e ímpetos”. Portanto, uma variedade de situações que acabam por se entrelaçar e formar uma corrente de vivências.

Dilthey (1970/2010) defende que é no elemento vivencial que está contido todo o valor da vida: é ele que traz significação, valor e finalidade para as ações. Peres (2014) esmiúça melhor essa relação: para Dilthey, cada vivência é parte de um todo estruturado que se chama vida, e cada uma dessas vivências está imersa num tempo histórico e cultural específicos, esses elementos dão à vivência um horizonte de sentido – significado – que deve ser analisado pelo pesquisador a luz do todo. Nos aprofundando nas diversas ramificações do conceito de vivência em Dilthey, vejamos a contribuição de Amaral (2004):

Poderíamos começar argumentando que vivência é a própria vida reduzida nas suas proporções mais diminutas e ao mesmo tempo mais fidedignamente representativas do modelo em tamanho original. Poderíamos também lembrar as palavras de Dilthey em seu Tratado da Realidade (1890), salientando que a

---

<sup>24</sup> Husserl e Dilthey convergem na ideia de que é necessário fundar um novo projeto de Psicologia, que não mais siga as regras e métodos das ciências naturais. É nesse contexto, que a noção de vivência aparece como o fundamento dessa nova Psicologia, agora uma ciência do espírito, tal seja, uma ciência humana.



vivência, ao encerrar a própria vida é, como esta, “continuamente sua própria prova”. Isto significa dizer que ela constitui a zona limite do conhecimento, isto é, o último fundamento do conhecimento. É como se, ao conter a vitalidade em toda a sua força de expressão, estabelecesse o marco divisório para além do qual o pensamento não tivesse acesso. Ou, ainda de outro modo, a vivência constitui o próprio critério vivo responsável pela triagem dos fatos da consciência, já que para o autor estes são dados em nossas vivências (Amaral, 2004, p. 52).

A partir desta citação queremos destacar duas perspectivas que nos ajudam a fundamentar a vivência como informante de pesquisa. A primeira delas diz respeito à vivência conter numa fração reduzida todas as características da vida, este entendimento, permite encontrar em recortes e relatos informações que dizem respeito ao todo, como, por exemplo, a relação vivenciada entre psicoterapeuta e cliente em terapia permite compreender a forma como o cliente mantém seus relacionamentos ou como em uma entrevista onde um pequeno fragmento pode conter os sentidos da fala, o que nos leva ao segundo ponto de destaque. Se a vivência realiza a triagem dos fatos de consciência, é através dela que eles são significados e valorados. Exemplificando, numa interação como uma entrevista, a partir das perguntas feitas, alguns fatos são destacados e escolhidos pelo entrevistado para aprofundar, isso ocorre justamente porque estes fatos são significativos para o entrevistado, retratos reais da sua experiência, e é sobre eles que devemos nos debruçar.

Nesse sentido, nosso argumento, claramente de inspiração diltheyana, é o de que não podemos estudar Religião, por exemplo, sem falar da vivência religiosa, como também não poderíamos estudar Arte sem falar da vivência que certas pinturas nos provocam. É com a atenção direcionada para a vivência que nós pesquisadores conseguimos colocar conceitos até então abstratos em relação com o mundo.

#### **4.3. Método**

*Fazer pesquisa em ciências humanas  
é caminhar em busca de significados.*  
Adriano Furtado Holanda

Para pesquisar as vivências dos psicólogos que atuam em saúde mental pública na 1ª Regional de Saúde do Paraná no seu cotidiano de trabalho fizemos uso de um método qualitativo de cunho fenomenológico. O método fenomenológico busca a descrição das experiências vividas pelos sujeitos pesquisados sobre um determinado

fenômeno, dessa forma, é um método privilegiado para o estudo das vivências e dos seus significados (Andrade & Holanda, 2010). A fenomenologia se preocupa com a base real, ou seja, empírica, da experiência consciente, com a relação entre sujeito e objeto, consciência e experiência, e com o mundo vivido. O interesse das investigações fenomenológicas é justamente esse mundo vivido e nesse contexto a entrevista aparece como uma comunicação que não se limita a conhecer a vivência particular de uma determinada pessoa em um determinado lugar, mas sim deseja conhecer como diferentes pessoas experienciam uma certa condição que é comum a elas (Gomes, 1997).

A condição por nós investigada foi a de ser psicólogo da rede de atenção à saúde mental. Para chegarmos até os nossos colaboradores, contamos com a parceria do Comitê Intersetorial de Saúde Mental da referida Regional, que nos repassou informações acerca da rede e também intermediou os contatos. Como colaboradores tivemos seis psicólogos que atuam nos serviços de referência em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial da 1ª Regional de Saúde do Paraná que compreende os municípios do litoral do Estado: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná. A coleta dos dados de pesquisa foi feita através de entrevista aberta. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos psicólogos, e foram gravadas e transcritas, para então serem analisadas.

Como procedimento metodológico para a pesquisa da experiência, seguimos as etapas conforme propostas por Gomes (1997), a saber: 1) descrição fenomenológica, 2) redução fenomenológica e 3) interpretação fenomenológica. Na primeira etapa foi realizada uma descrição densa do objeto de estudo – a vivência dos psicólogos que atuam em saúde mental pública – a partir dos dados empíricos colhidos junto às entrevistas. Na segunda etapa, o material foi organizado em unidades compreensivas, e então foi realizada a interpretação do material pelos pesquisadores. Essas etapas foram repetidas tantas vezes quanto necessário para se chegar à essência do objeto estudado.

Todos os preceitos éticos foram seguidos no desenvolvimento deste trabalho, assim como foi colhido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa pesquisa é integrante do projeto de pesquisa intitulado “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional de Saúde do Litoral” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR (sob o protocolo 25380113.6.0000.0102) e também pelo Comitê Intersetorial de Saúde Mental, órgão sob o qual a pesquisa foi desenvolvida.

#### 4.4. Os psicólogos do Litoral do Paraná

*Pois o psíquico não é aparência empírica, é vivência.*  
Edmund Husserl

Para compreendemos a vivência de uma pessoa é necessário compreender também o seu lugar de fala, em virtude disso, para compreender as vivências dos psicólogos da Rede de Atenção Psicossocial no Litoral do Paraná consideramos importante traçar o perfil, caracterizar os nossos entrevistados. Entretanto, faremos isso apenas na medida em que não seria possível identificá-los.

Os psicólogos entrevistados têm idade entre 27 e 44 anos, todos trabalham em Centros de Atenção Psicossocial no Litoral do Paraná, em diferentes cidades, ocupando o cargo de psicólogo do serviço, e em três casos ocupam também o cargo de coordenador do serviço. Foram quatro CAPS visitados no Litoral, e desses, três tinham psicólogos ocupando o cargo de coordenador<sup>25</sup>. O tempo de atuação no serviço de saúde mental em que trabalham atualmente varia de 4 a 36 meses, e muitos deles atuam no referido serviço desde a sua abertura. Em apenas um caso, essa é a primeira experiência de atuação em saúde mental, sendo que a experiência dos outros psicólogos nessa área varia de 21 a 84 meses. Quanto aos locais prévios de atuação em saúde mental foram citados: ambulatório de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade Básica de Saúde, Atenção Básica (capacitação de profissionais) e consultório particular.

De um modo geral, podemos falar que o psicólogo que atua no litoral do Paraná na Rede de Atenção Psicossocial é adulto-jovem, tem experiência prévia com atuação em saúde mental, e atua a pouco tempo no serviço atual (em cinco casos, menos de 18 meses).

#### 4.5. As vicissitudes de ser-psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial

*O ser humano faz do ser humano uma experiência contraditória.*  
Michel Foucault

Durante as entrevistas com os psicólogos, e depois, nos aprofundando na leitura e compreensão da transcrição das mesmas, destacou-se a presença de sentimentos opostos, mas esses sentimentos não eram opostos entre um psicólogo e outro, e sim, se encontravam presentes no mesmo profissional. Um mesmo entrevistado relatava satisfação e, no momento seguinte, falava de frustração, seguia dizendo que estava

---

<sup>25</sup> No quarto CAPS, o cargo de coordenador do serviço era ocupado por um profissional do Serviço Social.

realizado com a vida profissional e depois falava que a mesma atrapalhava sua vida pessoal, e essas oposições foram se repetindo em todas as entrevistas. Optamos por nomear essas oposições como dualidades e através delas apresentamos nossos resultados. A escolha pelo termo dualidade<sup>26</sup>, ao invés de dualismo<sup>27</sup>, se dá por entendemos que essas posições não são distintas umas das outras, mas que estão em relação, existindo um fluxo entre elas. Como uma ilustração, podemos pensar em uma moeda, que de um lado é cara e de outro é coroa, e exatamente por isso se constitui como moeda: a existência de apenas um dos lados sem o outro, impede a significação deste como uma moeda, a moeda só existe a partir da sua dualidade.

Entretanto, não podemos nos esquecer, que não é possível ver todos os lados da moeda com apenas um olhar, o fenômeno moeda nos é dado por perspectivas ou perfis, e cada um desses perfis nos dá a noção da moeda toda (Husserl 1913/2006). Estas elaborações nos levam para o significado do fenômeno para a fenomenologia: é aquilo que aparece para uma consciência. Portanto, o fenômeno não é o objeto em si, nem está na consciência, e sim está diante de, é a apresentação de algo para a consciência. Assim sendo, não podemos separar o fenômeno da experiência concreta das pessoas no mundo, pois é só assim que eles se apresentam a consciência (Husserl 1913/2006, Holanda, 2014).

Ainda como forma de tensionar o exemplo da moeda, Kelkel e Schérer (1954) identificam que as várias perspectivas ou perfis que a mim se apresentam são o fenômeno moeda: cor, textura, aparência, número ou figura. A coisa percebida é esse complexo de aparências que eu vivencio, não existindo uma coisa real, verdadeira, em si, por detrás de todas essas perspectivas. O fenômeno, portanto “não é um dado absoluto – e incognoscível, ou seja, que não se pode conhecer – nem um ‘em si’ (inacessível). A fenomenologia lida com experiência, com vivências, e fenômeno aqui é sempre um correlato dessa experiência” (Holanda, 2014, p. 49). Fazendo a ligação da ideia de fenômeno enquanto aquilo que aparece a consciência com as nossas entrevistas,

---

<sup>26</sup> Segundo o Dicionário Michaelis *online*: Dualidade: sf (*lat*dualitate) Caráter daquilo que é dual ou duplo.

<sup>27</sup> Segundo o Dicionário Michaelis *online*: Dualismo: sm (dual+ismo) 1 Filos Teoria de que tudo o que existe se baseia em dois princípios ou substâncias primordiais, opostos, não originados um do outro, como: unidade e multiplicidade, Deus e mundo, espírito e matéria, corpo e alma. 2Rel Doutrina religiosa que concebe o mundo na coexistência de dois poderes ou princípios, como trevas e luz (Pérsia); masculino e feminino (China); santo e profano (todas as religiões). 3Químant Teoria de que todos os compostos químicos definidos eram binários e consistiam em dois constituintes distintos, simples ou complexos, com propriedades elétricas opostas. 4 Reunião de dois estados autônomos sob a mesma autoridade. 5 Divisão do poder legislativo em dois órgãos; no Brasil: Senado e Câmara dos Deputados.

a seguir apresentaremos os vários perfis ou perspectivas apresentadas pelos nossos entrevistados sobre ser psicólogo na rede de atenção a saúde mental, tendo como ponto de partida para a discussão as dualidades por nós encontradas: satisfação *versus* frustração, identificação com a área de saúde mental *versus* designação aleatória para o cargo, legislação *versus* realidade do serviço, e vida profissional *versus* vida pessoal.

#### 4.5.1. Satisfação *versus* frustração

A primeira das dualidades que vamos apresentar e discutir são as vivências de satisfação e frustração, que parecem estar interligadas no que diz respeito ao trabalho com saúde mental no setor público. Os entrevistados relatavam os dois sentimentos em uma mesma frase, ou quando questionados sobre um, acabavam discorrendo sobre o outro, como podemos ver nos trechos abaixo:

*É uma experiência muito, muito, muito conflitante, extremamente conflitante (PC3)<sup>28</sup>.*

*O que realiza é trabalhar com a Saúde Mental, eu acho assim que os resultados que a gente consegue por mais que sejam lentos e às vezes frustrantes, porque tu vê às vezes o retorno do paciente, às vezes você consegue um resultado bom e daqui dois, três anos ele retorna (PC4).*

*É penoso, porque muitas vezes a gente tem que brigar com o familiar com questão de medicação, que eles têm dificuldade de dar medicação, mas é gratificante (PC6).*

Olhando para cada um desses sentimentos individualmente, podemos perceber que a satisfação está ligada a duas frentes principais: a melhora do usuário de saúde mental e o trabalho em equipe. A preocupação com o usuário do serviço e o empenho na melhora da sua condição aparece nos relatos como a principal motivação para o trabalho desses profissionais:

*Eu chego a noite em casa com a sensação de dever cumprido. Eu percebo que os meus pacientes melhoram sim, quando é feito da melhor maneira possível*

---

<sup>28</sup> Elaboramos siglas para identificar cada um dos entrevistados que são compostas de duas letras: PC que significam psicólogo do CAPS e um número, podendo ser 1, 2, 3, 4, 5 e 6 de acordo com a ordem das entrevistas. Optamos também por nos referirmos a todos os entrevistados como “psicólogo”, assim, no masculino, para garantir o anonimato dos participantes dessa pesquisa.

*considerando todas as dificuldades, então eu vejo que sim, que a psicoterapia, ela funciona (PC2).*

*Um paciente aqui, chegou aqui e não olhava na cara de ninguém, não ria, e hoje o cara está aqui dando aula de informática para os pacientes, se sentindo gente, se sentindo útil, se sentindo produtivo à sociedade, isso é gratificante (PC4).*

A satisfação que os psicólogos sentem em relação à melhora das pessoas que frequentam os seus serviços parece estar relacionada também com a capacidade de empatia desses profissionais com a situação de vida das pessoas com transtornos mentais. Ao se colocarem no lugar dos usuários, os profissionais conseguem perceber mais profundamente a diferença que o serviço e a sua atuação fazem na vida dessas pessoas. Vejamos o relato abaixo:

*A nossa preocupação é o nosso paciente, então, às vezes a gente briga por causa deles né, porque eles já são fragilizados então a gente procura sempre proporcionar para eles o que eles têm de direito e o que eles merecem que é dignidade, que é a garantia de direito deles e principalmente, que é o nosso compromisso, que é a qualidade na prestação dos serviços ao usuário (PC2).*

Além do trato com os usuários, o trabalho em equipe também aparece como uma grande fonte de satisfação no trabalho em saúde mental, sendo fonte de apoio para os psicólogos. Vejamos os relatos sobre a importância do trabalho em equipe na Rede de Atenção Psicossocial:

*É claro que eu não posso te dizer que a gente não discute, que não tem briga, principalmente nas reuniões, mas de uma maneira geral o trabalho funciona, como eu disse antes, eu me sinto muito bem trabalhando na equipe, porque a gente tem uma equipe muito boa, a gente está todo mundo empenhado, todo mundo querendo fazer o melhor (PC1).*

*[...] e essa coisa de trabalhar em equipe, eu adoro trabalhar em equipe, eu acho muito legal essa inter-relação essa troca com outros setores acho que isso me motiva muito (PC4).*

*[...] apesar das dificuldades que a gente vem enfrentando, eu acho que a equipe ela esta muito bem formada o que ajuda bastante a gente a estar suportando esses entraves muitas vezes que, eu penso que para a inauguração de um serviço como um CAPS, contextualizando aqui nessa cidade, eu penso que está sendo bem natural (PC2).*

A equipe se mostra importante em vários momentos do cotidiano desses profissionais: na tomada de decisão sobre os usuários, quando os psicólogos podem consultar os colegas (ou serem consultados) em algum atendimento complexo, nas reuniões de equipe onde são definidos os rumos do serviço, por exemplo. Mas a equipe também se mostra fundamental para cuidar do cuidador, onde os psicólogos procuram o cuidado dos colegas nos momentos de tensão, onde a sua própria saúde mental parece estar ameaçada.

Quanto à frustração, ela advém das dificuldades encontradas pelos psicólogos para desenvolver o seu trabalho com excelência, ou seja, fatores externos a atuação profissional em si, tais como: falta de estrutura no serviço para atender os usuários, falta de profissionais, falta de apoio da gestão municipal, falta de apoio dos familiares ao tratamento, não compreensão dos objetivos dos serviços de saúde mental seja por parte dos usuários, gestores, familiares ou dos próprios profissionais. Vejamos abaixo dois relatos sobre essa última dificuldade, um em relação aos usuários e outro em relação aos profissionais:

*Para mim é desafiador sempre, às vezes o próprio usuário nos cobra de uma forma completamente incoerente (PC3).*

*Eu acho que qualquer lugar você estuda os ideais de um serviço né e você encontra barreiras pelos modelos anteriores que não deixam de existir nem dentro de você e que você vai se deparando a cada tempo, e se você tem essa visão, você ainda tenta romper e dar um próximo passo no seu objetivo que você conhece bem qual é, mas a gente observa assim, aquelas velhas coisas da instituição, como que eu posso dizer, velhos modos, velhos costumes, hábitos de infantilizar o paciente, de muita ordem (PC5).*

No segundo relato, fica clara a insatisfação do psicólogo entrevistado em relação aos profissionais que trabalham na área de saúde mental e que ainda operam pela lógica

manicomial. Como estão ocorrendo alterações nessa área no Brasil, desde a Lei 10.216 (Brasil, 2011), até a recente Portaria 3.088 (Ministério da Saúde, 2011), parece não estar claro aos profissionais qual é a lógica pela qual devem operar, então surgem essas situações de discordância sobre a forma de ação mais apropriada entre os profissionais do serviço, mas também com os usuários que, por exemplo, podem solicitar internação psiquiátrica mesmo quando os profissionais não a consideram adequada.

No decorrer desse estudo, nos textos I e II, já demonstramos algumas dessas frustrações que os profissionais enfrentam, em relação às particularidades do território, como o abandono dos usuários na época da temporada, e as dificuldades relacionadas com os problemas de comunicação com a gestão e com os outros serviços da RAPS. Ainda nesse texto, relataremos mais algumas dessas frustrações que dizem respeito à realidade do serviço. Como podemos perceber, as frustrações são muitas, e advêm de diversos fatores, e os psicólogos entrevistados precisam atuar em várias frentes para tentar contornar esses problemas que aparecem cotidianamente nos seus serviços.

Problematizando todas as falas acima apresentadas notamos que um mesmo objeto pode ser uma potencial satisfação ou frustração. Em relação ao usuário do serviço, por exemplo, a melhora deste provoca satisfação e o abandono ou mesmo um retrocesso no atendimento causa frustração. Assim, torna-se possível observar o fluxo que é criado entre essas vivências, tal seja, a dualidade de sentimentos relacionadas com cada um dos aspectos cotidianos desses psicólogos em seu fazer profissional.

#### *4.5.2. Identificação com a área de saúde mental versus designação aleatória para o cargo*

Ao pesquisarmos o que levou os psicólogos entrevistados a atuar na Rede de Atenção Psicossocial encontramos duas situações bastante distintas: em alguns casos, os profissionais já se identificavam com a atuação em saúde mental e por isso procuraram uma colocação nessa área, em outros casos, não há essa identificação com a área de saúde mental, e os profissionais acabaram sendo designados para atuar na RAPS. Em relação aos psicólogos que procuraram intencionalmente trabalhar com saúde mental, essa identificação já começa a aparecer na época de graduação e acaba por influenciar toda a formação desses profissionais, sendo decisiva para as primeiras experiências profissionais. Vejamos alguns relatos:



*Na verdade, para mim está sendo um sonho realizado, porque eu sempre gostei da área de saúde mental, desde a graduação. [...] minha graduação inteira foi muito norteadada pela área de saúde mental, e sempre quis trabalhar num CAPS, por ser muito simpatizante dos movimentos da Antipsiquiatria, da luta antimanicomial, da mudança de paradigma do modelo hospitalocêntrico para os centros substitutivos, então, eu sempre fui muito apaixonado por essa área, então eu trabalho com bastante gosto (PC2).*

*Eu acho o máximo né, porque eu acredito muito no CAPS. Na faculdade, eu fiz estágio num CAPS infantil e me apaixonei (PC5).*

*Desde quando eu me formei eu sempre gostei de trabalhar na parte de saúde, mas especificamente saúde mental, as minhas experiências sempre foram voltadas para essa área: APAE, Ambulatório, clínica, que eu tenho um consultório, então sempre voltado para essa área da saúde, mais especificamente a saúde mental (PC1).*

Em alguns casos a identificação se dá com uma teoria associada ao campo da saúde mental, aqui entendida como um modelo de compreender a saúde e a doença mental específico, nesse caso a Antipsiquiatria<sup>29</sup> citada pelo entrevistado, mas existem outras tantas teorias e modelos em saúde mental que acabam por orientar modos diferentes de cuidado às pessoas com transtornos mentais. Em outros casos a identificação ocorreu pela prática, pelo fazer da psicologia em saúde mental. Apesar de a identificação com a área de saúde mental ter se dado por razões distintas, os psicólogos deste primeiro grupo tiveram um papel ativo na busca por um emprego que fosse na sua área de atuação de preferência.

Entre os profissionais que não tinham identificação com a área de saúde mental e acabaram sendo designados para esses cargos, temos o caso em que o psicólogo foi aprovado em concurso público e somente depois soube onde seria seu local de atuação e também temos o caso em que o profissional trabalhava em outra área do setor público e depois foi deslocado para a atenção a saúde mental. Nos relatos abaixo podemos observar como os psicólogos se posicionam sobre essa questão:

---

<sup>29</sup> Movimento que se opõe a psiquiatria tradicional, as internações e a segregação causada pelo diagnóstico de um transtorno mental. Tem entre seus principais autores David Cooper e Ronald Laing.

*[...] quando eu me formei eu fui diretamente para trabalhar em empresa, sempre trabalhei em RH, adorava, amava RH, nunca me imaginei trabalhando em Saúde Pública muito menos, clínica era uma coisa que para mim era meio distante [...] fiz o concurso por acaso, passei, aí falei: “vou experimentar” (PC4).*

*Olha, eu sempre tive bastante dificuldade com saúde mental, não era uma das áreas que eu mais gostava (PC6).*

Entretanto, essa não-identificação com a atuação em saúde mental não é definitiva. Os psicólogos entrevistados relataram que depois de começar o trabalho na RAPS as suas impressões sobre esse trabalho se modificaram, e hoje se encontram satisfeitos com o seu local de atuação. Um dos entrevistados inclusive chega a afirmar que agora “ama” o que faz.

*[...] sei que assim, dois meses eu já estava familiarizada [com a saúde pública], já estava começando a gostar e já nem lembrava que tinha trabalhado em empresa. Amei. Amei de primeira (PC4).*

*[...] agora a última vez a gente foi para um congresso em Curitiba, e eu falei “Nossa, parece que a gente não se dava tanto, mas agora a gente se entende melhor eu e a Psicologia da Saúde Mental” (PC6).*

Para além da identificação ou não com a área de saúde mental, existe também nos profissionais uma satisfação em poder trabalhar naquilo em que se formaram: a Psicologia.

*Para mim é um prazer trabalhar como psicóloga, em qualquer lugar eu acho que vou gostar muito, poder trabalhar numa coisa que eu acredito (PC5).*

Apesar dessa realização profissional que os psicólogos entrevistados alegam ter com a sua área de formação, essa não é acrítica. Os profissionais refletem sobre o seu cotidiano e as dificuldades que enfrentam, para assim (re)pensar a sua atuação:

*São vários fatores problemáticos em relação a nossa profissão: nós não temos um piso salarial, não temos uma política que nos proteja como trabalhadores,*

*nós não temos, nós damos nosso sangue para trabalhar, muitas das minhas coisas, dos meus estudos, sou eu mesma que custeio, eu sou profissional que eu sou hoje porque uma parte do pouco que eu ganho é aplicado nos meus estudos, meu Conselho não me ajuda do jeito que eu acho que ele deveria, então hoje em dia eu estou mais tranquila, mais os conflitos eles permanecem, e acho que eles são até saudáveis, se a gente souber levar para uma reflexão crítica (PC3).*

Mais uma vez temos a presença de um conflito claro: é muito gratificante trabalhar na área de formação (fazer valer o esforço – e às vezes, o dinheiro gasto na graduação), entretanto, nem tudo é um mar de rosas na profissão. Alguns dos entrevistados deixam esse conflito ainda mais claro quando relatam que já pensaram em abandonar a profissão de psicólogo e se dedicar a outra atividade, mas as pequenas recompensas do dia a dia profissional, os avanços que conseguem junto aos usuários, faz com que os profissionais repensem a sua decisão e insistam em ser-psicólogo.

#### *4.5.3. Legislação versus realidade do serviço*

Os psicólogos entrevistados relatam um hiato entre o que prescreve a legislação em saúde mental no Brasil e a realidade dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Esse hiato se expande em duas direções: 1) as condições ofertadas pelos gestores (municipais, estaduais e federais) não são suficientes para garantir a assistência em saúde mental conforme as prerrogativas existentes; 2) os profissionais (psicólogos ou não) não conhecem ou não conseguem colocar em prática a legislação vigente em saúde mental.

Quanto à primeira das situações, os profissionais entrevistados relatam vários tipos de dificuldades que impedem o funcionamento pleno do serviço, vejamos os trechos a seguir:

*Então, sim, têm muitas dificuldades, algumas coisas são complicadas mesmo, a gente passa alguns nervosos em alguns momentos assim, por não ter a equipe toda, por não ter a parte administrativa, de recepção (PC2).*

*[...] a saúde mental é um construir no dia a dia, o tempo todo, por mais que esteja lá na Portaria, por mais que esteja lá na nossa ciência, o aqui e agora, o fazer, eu digo para você: é só deus que nos ajuda, a nossa persistência, a nossa*

*dedicação, os nossos estudos, o primar pela excelência ética em primeiro lugar, e isso muitas vezes faz você confrontar com gestão (PC3).*

Novamente aqui encontramos uma fonte de frustração para os psicólogos: o desejo de colocar em prática a “saúde mental ideal” e não conseguir. Os motivos pelos quais eles não conseguem são vários, mas podemos notar que ainda assim, os profissionais lutam e tentam driblar as adversidades, e se não conseguem fazer o ideal, tentam fazer, pelo menos, o melhor possível.

As dificuldades em equiparar a oferta dos serviços às condições especificadas pela legislação podem advir também da conduta dos profissionais (nesse caso, não apenas psicólogos) que não tem identificação com as diretrizes da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) que tem bases desinstitucionalizantes, e por isso atuam de forma distinta a ela:

*[...] se a gente não observar isso todo dia, e tentar romper com isso tudo dia, a hora que você percebe você esta fazendo uma repercussão de “vem aqui, vamos fazer bordadinho e tchau” sem que isso tenha um gancho com a realidade daquela pessoa, com a realidade social da nossa cidade, com o atendimento do transtorno mental dela, então eu sinto muito isso, que às vezes a gente não está preparado para ter essa visão do que é a saúde ou a doença mental, aquela coisa do esta dentro daquela pessoa e “aqui não, aqui você vai ficar bonitinho”, então é, contradições, sim eu vejo, eu vejo claramente, as coisinhas que você estuda lá, que você vê, vê, vê e você mesmo caindo nisso se você não pensar nisso bastante... [...] acho que caberia sim a gente de lembrar mais do que realmente preconiza as políticas de saúde mental hoje, o que é um CAPS, falta isso, falta estudar, mesmo para você criticar sua própria prática (PC5).*

*[...] nunca me imaginei em Saúde Pública, aí comecei a fazer atendimento lá, o que vinha a gente atendia, tal, aí eu comecei a olhar para aquele povo e ver “meu deus, como essa gente precisa!” que eu sempre fui muito humana, preocupada, sempre fui muito idealista assim, de brigar pela coisa, pelo direito dos outros, sempre fui meio briguenta para essas coisas... Aí eu comecei a ver aquele povo pobre, mal tratado, o povo atendia muito mal as pessoas, desde a recepção (PC4).*

As transformações na legislação em saúde mental no Brasil nas últimas décadas parecem não ter sido assimiladas por todos os profissionais da mesma maneira, o que leva alguns a terem uma posição crítica em relação à conduta dos seus colegas. Esse dado nos faz refletir sobre como uma mudança na legislação, ou mesmo nas diretrizes de um serviço, não faz com que as alterações ocorram de forma automática no cotidiano desse serviço, e essas novas formas de ação acabam coexistindo com as antigas.

#### 4.5.4. *Vida profissional versus vida pessoal*

Para os profissionais entrevistados, trabalhar com saúde mental no Sistema Único de Saúde ultrapassa (e muito) a carga horária que eles devem desempenhar no serviço, e se estende para vários aspectos do cotidiano desses profissionais, tendo várias repercussões na vida pessoal, como podemos ver nos relatos abaixo:

*Hoje em dia eu me sinto mais em paz comigo mesmo, mas eu muitas vezes pensei em abandonar, jogar a toalha mesmo, [...] eu levava serviço para casa, trabalhava sábado, domingo, feriado, à noite, pensando, preocupada com o usuário, porque a gente sabe de cada usuário nosso (PC3).*

*E a gente tem filho, a gente tem marido, a gente tem, a gente quer ter a nossa vida, e às vezes a gente não consegue viver por conta disso (PC3).*

*Vou ser bem sincera, quando eu assumi aqui, eu estava num pique que eu achei que ia pirar, porque quando eu pego as coisas para mim eu sou determinada, eu quero fazer, eu já quero resolver, quero que tudo ande, eu não estava conseguindo dormir, eu estou tomando ansiolítico até agora, para conseguir dar uma baixada, e tudo pelo trabalho. O meu marido me cobra assim “calma, teu trabalho não é tudo”, e ele fica me cobrando porque eu vivo isso aqui, eu entro aqui, eu respiro, e vivo isso aqui 24 horas, eu vou para casa, mas a minha cabeça esta aqui (PC4).*

Olhando para esses trechos, é notável a oposição que se cria entre a vida familiar e a vida profissional. As atividades a serem desenvolvidas no serviço são muitas<sup>30</sup> e os profissionais ficam sobrecarregados, assim, os psicólogos entrevistados parecem não ter tempo suficiente para dedicar a todas as suas tarefas da maneira como eles gostariam, e

---

<sup>30</sup> Conforme já relatado no Texto II deste trabalho.

então, ao optar para o que dedicar as suas horas, escolhem a vida profissional o que os deixa – e também aos seus familiares – descontentes.

Com essa invasão da vida profissional no âmbito que deveria ser da vida pessoal, tensões são geradas, e isso prejudica e muito a saúde mental dos próprios psicólogos como podemos perceber no relato do profissional que passou a fazer uso de medicamentos em decorrência das cobranças em relação ao seu trabalho. Poderíamos dizer então que não existe mais separação entre vida pessoal e vida profissional, esses aspectos se misturam, e geram insatisfação nos psicólogos que consideram que não conseguem lidar bem com nenhum dos aspectos: estão em casa preocupados com o serviço e com o usuário, como também devem estar no serviço preocupados com a sua família e sua casa.

#### **4.6. Algumas considerações sobre ser-psicólogo na saúde mental**

*- Logo se vê - respondeu Dom Quixote –  
que não és versado em coisas de aventuras:  
são gigantes, sim; e se tens medo aparta-te daqui,  
e põe-te a rezar no espaço em que vou com eles me bater  
em fera e desigual batalha.  
Miguel de Cervantes*

Ser-psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial é uma experiência conflituosa, essa é a significação atribuída pelos psicólogos às suas vivências e esse é o principal achado desse estudo. Esse fato pôde ser observado durante as entrevistas, tanto nas falas e nos relatos do cotidiano como nos momentos em que os psicólogos foram dos risos as lágrimas ao nos relatarem as suas experiências dentro dos serviços.

Com o nosso estudo, demonstramos como o fluxo das vivências dos psicólogos que atuam em saúde mental se dá basicamente por experiências contraditórias. Essa experiência se dá dessa maneira porque esses profissionais se encontram no centro de vários conflitos: a vida profissional que se torna incompatível com a vida pessoal, as situações que trazem satisfação são contrabalanceadas com as situações que frustram, o que a legislação manda e o que a realidade local permite, o que o usuário quer, o que o familiar quer, o que o gestor quer, o que o profissional quer, e o que é possível fazer.

Diante da situação apresentada, poderíamos nos perguntar então: o que motiva esses profissionais a continuarem trabalhando? E encontramos profissionais muito motivados na RAPS! Não nos parece ser a recompensa financeira do salário no final do mês, mas sim o reconhecimento pelo trabalho desempenhado, reconhecimento que vem dos gestores, dos usuários, dos familiares e dos próprios profissionais, que enfrentam

gigantes – ou moinhos de vento – todos os dias, e que ao chegarem em casa colocam a cabeça no travesseiro com o sentimento de dever cumprido, ainda que não consigam dormir diante da multiplicidade de incertezas que encontram no seu fazer.

De uma maneira geral, podemos perceber que a atuação no serviço fica aquém do que os psicólogos gostariam – ou desejavam, ou fantasiavam como realidade ou idealidade –, por conta de todos esses conflitos já explicitados. Entretanto, podemos observar que eles empregam todos os seus esforços para fazer esse “pouco” que conseguem e que esse “pouco”, na avaliação deles, já produz grandes mudanças na atenção à saúde mental (e na vida das pessoas com transtornos mentais) que, na maioria desses municípios, não existia antes da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Os profissionais se encontram sobrecarregados nos seus fazeres no litoral paranaense, haja vista que a vida profissional extravasa e toma conta também da vida pessoal desses profissionais, e essa situação toma contornos de uma situação-limite, avaliada como difícil pelos profissionais como podemos observar nos seus depoimentos, mas não de todo ruim, já que esses profissionais também encontram satisfação no seu cotidiano profissional. Esse é o quadro que encontramos nos serviços de saúde mental da 1ª Regional de Saúde do Paraná, mas que pode ser um retrato de uma situação maior, enfrentada por outros profissionais e em outros locais do país no cuidado com as pessoas com transtornos mentais.

No fluxo da vivência desses profissionais, as situações positivas e as situações negativas vão se alternando, conforme as dualidades que elencamos. Nesse momento evocamos novamente a metáfora da moeda, que parece ser a que melhor desenha a situação: o ser-moeda contém a cara e a coroa e o ser-psicólogo da saúde mental pública no litoral paranaense contém o seu ônus e o seu bônus, está é a principal característica dessa vivência.

#### **4.7. Referências**

- Amaral, M. N. P. C. (2004). Dilthey – conceito de vivência e os limites da compreensão nas ciências do espírito. *Trans/Form/Ação*, 27, 51 – 73.
- Andrade, C. & Holanda, A. F. (2010) Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. (27)2. 259-268.
- Brasil. (2001). *Lei no 10216 de 06 de abril de 2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo*

- assistencial em saúde mental*). Brasília: Presidência da República. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Dilthey, W. (2008). *Ideias acerca de uma Psicologia Descritiva e Analítica*. Corvilhã: Universidade da Beira Interior (Trabalho original publicado em 1894).
- Dilthey, W. (2010). *A construção do mundo histórico nas ciências humanas*. São Paulo: Unesp. (Trabalho original publicado em 1970).
- Gomes, W. B. (1997). A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicologia USP*, 8(2), 305-336.
- Holanda, A.F. (2003). Fundamentação Fenomenológica da Pesquisa do Vivido, In: I.I. Costa, A.F. Holanda, F. Martins & M.I. Tafuri (Orgs.). *Ética, Linguagem e Sofrimento* (pp. 171-183). Brasília: Abrafipp.
- Holanda, A.F. (2014). *Fenomenologia e Humanismo. Reflexões Necessárias*. Curitiba: Editoria Juruá.
- Husserl, E. (2006). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura*. Aparecida, SP: Idéias& Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Kelkel, A. L. & Schérer, R. (1954). *Husserl*. Lisboa: Edições 70.
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria no 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Ortega y Gasset, J. (2011). Sobre o conceito de sensação. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 217-223. (Trabalho original publicado em 1913).
- Peres, S. P. (2014). Husserl e o projeto de psicologia descritiva e analítica em Dilthey. *Memorandum*, 27, 12-28.



## 5. Considerações Finais ou Colocando a Casa em Ordem

*Diz ele [Sexto Empírico] que em toda investigação temos três resultados possíveis: acreditamos ter encontrado a resposta, acreditamos ser impossível encontrar a resposta, ou continuamos buscando. No primeiro caso, nos tornamos dogmáticos e a investigação cessa; no segundo caso, somos também dogmáticos, ainda que em um sentido negativo, e a investigação igualmente cessa; só no terceiro caso, segundo Sexto, temos a autêntica filosofia, aquela que continua a investigar, para a qual a busca é mais importante que a resposta.*

Danilo Marcondes

Ao iniciarmos este estudo, optamos por fomentá-lo com uma estrutura diferenciada, não um texto único como são apresentadas comumente as dissertações, mas sim, um conjunto de textos independentes, cada um deles dando conta de um objetivo específico que tínhamos erigido para a nossa pesquisa. Esse modelo foi por nós escolhido como forma de facilitar a publicação dos achados de pesquisa, já que cada parte já vinha pré-moldada para ser um artigo científico.

Entretanto, é necessário confessar que em alguns momentos, seguir esse modelo foi difícil, por impedir as conexões de sentido que ardentemente desejávamos fazer entre uma parte e outra do estudo. As considerações finais serão então utilizadas com esse intuito: fazer as conexões e dar uma unicidade a essa dissertação.

Primeiramente, gostaríamos de tecer algumas considerações sobre a nossa opção teórico-metodológica: a fenomenologia. Enquanto método, a fenomenologia nos proporcionou os fundamentos necessários para ir às coisas mesmas e investigar o nosso objeto de estudo sem preconceitos ou interpretações já dadas. O método fenomenológico se mostrou fundamental para conseguirmos ouvir a voz dos entrevistados, para então, compreender a experiência através do olhar de quem realmente vivencia essa experiência. No caso específico do nosso estudo, quem melhor que os psicólogos do litoral paranaense para nos dizer como é ser-psicólogo nesse espaço?

O método fenomenológico nos colocou também alguns desafios. Tivemos que fazer uma grande imersão nessa ciência, para compreender que fazer pesquisa é muito mais que elaborar um roteiro de entrevista ou um instrumento de investigação: fazer pesquisa é também uma postura, uma posição que se desenvolve para olhar o mundo. E para manter essa postura, tivemos que nos atentar constantemente sobre nossos passos, para não julgar o que ouvíamos, para não interpretarmos demasiadamente, para não deixarmos as nossas experiências prévias intervirem, para não completar os conteúdos que investigávamos, enfim, para ouvir e ver.

Já a teoria fenomenológica, com seus conceitos de mundo circundante e vivência, nos proporcionou os elementos necessários para elucidar o nosso campo. Ao compreendermos que as pessoas estão inseridas em um espaço, uma cultura, um tempo histórico e em relações sociais específicas – o mundo circundante – é que podemos desvelar as suas experiências com o mundo, a forma como cada uma vivencia esse mundo. Nesse sentido, percebemos ao finalizar esse trabalho, que apesar das suas partes distintas, conseguimos contar uma história, essa história. Deixamos claro desde o princípio que o nosso foco eram as vivências que os psicólogos tinham no seu cotidiano como profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, mas sem o primeiro capítulo onde descrevemos o território onde esses profissionais atuam e suas particularidades, e o segundo capítulo onde relatamos as experiências dos psicólogos com as suas atividades dentro dos serviços de saúde mental, seria impossível compreender o terceiro capítulo, que descreve as vivências, que são a essência da nossa dissertação.

Ao chegarmos ao Litoral do Paraná, encontramos serviços muito diferentes, como os que funcionavam em local próprio e outros que dividiam as suas instalações com outros equipamentos de saúde. Encontramos também psicólogos muito diferentes, diferentes no seu modo de atuar e diferentes nas suas concepções de saúde mental. Mas, apesar de todas essas diferenças, percebemos que as experiências desses profissionais eram próximas, havia muitos fatores comuns que circundavam essa vivência.

O primeiro desses fatores que podemos citar é o território específico em que esses profissionais atuam. O litoral paranaense tem uma população aproximada de 260 mil habitantes, mas que no verão se multiplica, podendo chegar até um milhão de pessoas. Ainda que esse grande número de turistas não seja atendido diretamente nos serviços de saúde mental, eles mudam o ritmo da cidade, o trânsito, a oferta de emprego, os preços no comércio, e até mesmo o humor da população e dos gestores da cidade que precisam dar conta desse aumento elevado da população. Dessa forma, os psicólogos – e também os usuários dos serviços de saúde mental – tem uma rotina completamente diferente no verão: são três meses completamente atípicos no cotidiano dessas pessoas. Assim, são justificáveis os dados apresentados pelos profissionais de que nessa época há muitas desistências, recaídas dos usuários dependentes de álcool e drogas e pouca adesão ao tratamento. Passando o verão, os psicólogos precisam começar remar novamente no cuidado desses usuários, sabendo que essa atenção provavelmente só perdurará por nove meses, e na temporada seguinte, as desistências se repetirão.

Nesse sentido, esperamos ter demonstrado nesse estudo como o (re)conhecimento do território, e das particularidades deste, são fundamentais para pensar as ações de cuidado em saúde mental de um determinado serviço. No caso do litoral paranaense, são a temporada e as características populacionais e geográficas que exigem ações específicas dos profissionais de saúde mental, assim como, em outros espaços serão outras as características marcantes que necessitarão de uma maior atenção por parte das equipes de saúde mental.

Outra situação que encontramos em todos os serviços foram as características especiais das atividades desenvolvidas pelos psicólogos, que por um lado, desenvolvem as tarefas indicadas nas diretrizes da atenção a saúde mental, mas por outro, precisam desenvolver um grande número de tarefas que não estavam previstas, como a organização de eventos festivos e a negociação junto aos gestores e outros serviços (pertencentes ou não a RAPS) condições para que o seu serviço possa funcionar da melhor forma possível.

Isso nos leva a um ponto importante deste estudo: a legislação e as diretrizes em saúde mental não são capazes de determinar completamente o que ocorre dentro do serviço. Essa afirmação pode ser corroborada por duas vias diferentes: no que diz respeito às mudanças na legislação, estas não são assimiladas imediatamente pelos profissionais que atuam em saúde mental, que se orientam por diversas lógicas na sua atuação, e não só pela lógica imposta pela legislação vigente. No tocante às práticas desenvolvidas cotidianamente no serviço, percebemos que estas extrapolam, e muito, as práticas previstas para a atenção em saúde mental, conforme as descritas, por exemplo, no manual *Saúde Mental no SUS* (Ministério da Saúde, 2004).

Nesse estudo, pudemos perceber que os psicólogos que atuam nos serviços públicos de saúde mental desempenham então as suas atividades de cuidado, como os atendimentos individuais e grupais, que são as ações socialmente esperadas de um profissional da Psicologia. Mas estes mesmos profissionais precisam também dar conta de outras atividades, com características burocráticas ou políticas, que são tão fundamentais quanto as atividades de clínica para o bom funcionamento do serviço. Os profissionais, no decorrer das entrevistas, afirmam compreender a necessidade dos três tipos de atividades que desenvolvem: clínico, burocrático e político, mas essa compreensão não faz o cotidiano do serviço ser tranquilo. A experiência de ser psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial do litoral paranaense é bastante conflituosa,

diante das demandas que são apresentadas a esses profissionais pelos gestores, pelos usuários, pelos familiares e pelos próprios profissionais do serviço.

Talvez o adjetivo “conflituoso” que utilizamos anteriormente seja um reflexo dos conflitos internos que esses profissionais nos relataram: a busca por dar conta da legislação e das diretrizes de saúde mental, a frustração diante da realidade do serviço e do município, a preocupação com os usuários, a tentativa de encontrar as melhores práticas a serem desenvolvidas, e em alguns casos, a não-identificação com o campo da saúde mental. Mas esse adjetivo pode também representar os conflitos que os serviços de saúde mental trazem no seu âmago: a mudança recente na legislação e nas diretrizes nacionais de cuidado de um modelo manicomial para um modelo de Atenção Psicossocial, a coexistência de paradigmas distintos sobre o modo de cuidar, a falta de uma conceitualização forte do que seja a saúde e a doença mental e o descaso dos gestores com a implantação dos serviços e das equipes multiprofissionais.

Nos últimos parágrafos citamos algumas das características que pudemos observar nas nossas visitas aos serviços de saúde mental na 1ª Regional de Saúde do Paraná, mas que podem bem ser reflexos da organização da saúde mental como um todo no país. O que revela que muito já caminhamos nesse campo no Brasil, mas o caminho ainda é longo para chegarmos a uma oferta de excelência de cuidados em saúde mental pública.

É assim que concluímos essa dissertação: com um estudo sobre o trabalho dos psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial no litoral do Paraná, no qual buscamos compreender as suas experiências, com algumas interpretações e hipóteses, mas sem muitas certezas, além do aprendizado alcançado. Aceitamos então o conselho de Sexto Empírico: continuamos buscando.

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 2 – Roteiro de Entrevista Aberta

ANEXO 3 – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética - UFPR

ANEXO 4 – Termo de concordância com a pesquisa – Comitê Intersetorial de Saúde Mental

## ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, Profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional de Saúde do Litoral”, de responsabilidade do Prof<sup>o</sup> Dr. Adriano Furtado Holanda e dos alunos Bruno Jardini Mäder, Cairu Vieira Corrêa e Camila Mühl do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná. O objetivo desta pesquisa é: realizar o mapeamento dos dispositivos de atenção, dos profissionais, dos serviços e da rede de atenção a saúde mental do Litoral do Paraná. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas ou fitas de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista. As entrevistas terão a duração de cerca de 30 minutos onde você será questionado sobre o serviço de saúde em que atua e sobre a forma como desenvolve seu trabalho nesse serviço, todas as perguntas terão como foco a sua atuação profissional. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica riscos relacionados a aspectos íntimos ou morais. Se você sentir-se invadido ou ofendido por alguma pergunta está autorizado a interromper o processo. Se você sentir-se emocionalmente ou psicologicamente abalado durante o procedimento, ele deverá ser interrompido. Se você sentir-se emocionalmente ou psicologicamente abalado após o procedimento, está autorizado a entrar em contato com os pesquisadores para ajuda psicológica.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Rubricas: Participante da Pesquisa _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____
--

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br
--

Não haverá nenhum custo a você, relacionado aos procedimentos previstos no estudo. Você não será pago por sua participação neste estudo. Todos os dados coletados sobre você serão mantidos de forma confidencial, significando que seu nome nunca será citado. As informações oferecidas por você serão usadas em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, sem que sua identidade seja revelada. A fita ou arquivo digital contendo a gravação de sua entrevista serão arquivados no Laboratório de Fenomenologia da UFPR e destruídos passados 5 anos.

Os resultados podem ser publicados posteriormente na comunidade científica. Esta pesquisa obedece às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode nos contatar através do telefone 041 9162-1153 (Bruno) 9255-4702 (Cairu) ou 9937 0056 (Camila), pelos e-mails, respectivamente, [bjmader@hotmail.com](mailto:bjmader@hotmail.com); [cairupsico@hotmail.com](mailto:cairupsico@hotmail.com); e [came.muhl@gmail.com](mailto:came.muhl@gmail.com) ou ainda no seguinte endereço: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Paraná - Praça Santos Andrade, 50, sala 215, Ala Alfredo Buffren CEP: 80020.300 – Curitiba / PR – Brasil.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e uma com o participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa e/ou responsável legal)

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

<p>Rubricas:          Participante da Pesquisa _____          Pesquisador Responsável _____          Orientador _____ Orientado _____</p>
---

## ANEXO 2 – Roteiro de Entrevista Aberta

### **Ficha de identificação:**

Nome:

Idade:

Serviço:

Tempo de atuação nesse serviço:

Tempo de atuação na saúde mental:

### **Perguntas norteadoras:**

1 – Quais são as atividades que você desenvolve no serviço? Qual é sua rotina de trabalho?

2 – Como é a experiência de trabalhar nesse serviço? Como você se sente em relação ao trabalho que realiza?

3 – Como é trabalhar nessa cidade? Tem alguma particularidade em trabalhar na regional do litoral do Paraná?



## ANEXO 3 – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética - UFPR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Atenção em Saúde Mental no Paraná: Serviços, profissionais e Dispositivos de Atenção na Regional do Litoral

**Pesquisador:** Adriano Furtado Holanda

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 25380113.6.0000.0102

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 896.740

**Data da Relatoria:** 02/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo quali-quantitativo que será realizada nos municípios da 1ª Regional de Saúde do Paraná composto pelos municípios de Antonina, Guaraqueçaba, Guraratuba, Matinhos, Paranaguá e Pontal do Paraná. São responsáveis pelo estudo os pesquisadores Adriano Furtado Holanda, Bruno Jardini Mäder, Cairu Vieira Corrêa e Camila Mühl. A finalidade da pesquisa é a descrição dos serviços, a atuação profissional e os dispositivos de atenção ofertados. Essa pesquisa busca mapear os serviços e recursos disponíveis, bem como compreender as relações entre profissionais, usuários e sistema, tomando por informantes os próprios profissionais da rede de saúde mental, através de questionários, escala e entrevistas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar o mapeamento dos dispositivos de atenção, dos profissionais, dos serviços e da rede de atenção a saúde mental do Litoral do Paraná.

- 1) Mapear a rede de atenção a saúde mental na 1ª regional de saúde do Paraná;
- 2) Descrever a atuação dos profissionais que fazem parte da rede de atenção a saúde mental na 1ª regional de saúde do Paraná;
- 3) Investigar os dispositivos, recursos e modelos de cuidado ofertados na rede de atenção a saúde

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 896.740

mental na 1ª regional de saúde do Paraná.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

1) Aos profissionais entrevistados para esta pesquisa entendemos que o risco é mínimo, ficando restrito a algum tipo de constrangimento moral, intelectual ou cultural. A equipe de pesquisadores, todos com formação em Psicologia, se colocam a disposição para o atendimento de qualquer demanda que possa ser resultado direto ou indireto da

participação nessa pesquisa;(2) Aos usuários entrevistados, igualmente percebemos que os procedimentos desta pesquisa oferecem riscos mínimos. Restringindo-se possível sensibilização emocional dos indivíduos, uma vez que se encontram em estado de fragilidade. Da mesma maneira, os pesquisadores se colocam disposição para o atendimento de qualquer demanda que possa ser resultado direto ou indireto da participação nessa pesquisa. A pesquisa será suspensa em qualquer das seguintes três situações:

- a) Quando qualquer uma das partes envolvidas solicitar expressamente a interrupção dos procedimentos de pesquisa;
- b) Quando forem identificados riscos ou desconfortos excessivos aos colaboradores que não sejam passíveis de manejo imediato;
- c) Quando não houver anuência ou colaboração da parte dos sujeitos

envolvidos, caracterizando-se assim opção pela não-colaboração. O manejo clínico de desconfortos imediatos será realizado imediatamente, no próprio contexto no qual estiverem inseridos; ou serão encaminhados aos CAPS disponíveis e acompanhados pela equipe de pesquisa; ou serão encaminhados para atendimento e escuta nas dependências do Laboratório de Fenomenologia e Subjetividade (localizado no Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Paraná).

**Benefícios:**

- (1) Os profissionais que se propuserem a ajudar serão beneficiados pela produção de conhecimento científico. Poderão, a partir deste, identificar as dificuldades e potencialidades locais e desenvolver suas práticas. A pesquisa constituirá também uma oportunidade para refletir sobre a própria prática profissional, bem-vinda a qualquer prática em Saúde;
- (2) Os benefícios (aos) dos usuários não serão diretos. Mas compreende-se que uma pesquisa sobre o serviço em que são assistidos poderá, a partir da reflexão sobre a prática, desenvolver a assistência e a humanização do serviço de saúde. Além disso, a abertura de um espaço para o usuário falar sobre a sua religiosidade pode facilitar no seu processo de enfrentamento da doença.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 896.740

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será realizado nas cidades litorâneas que compõem a 1ª Regional de Saúde do Paraná. A forma da coleta de dados será dividida em três eixos:

Eixo 1 - Mapeamento da Rede

- Realização de entrevistas fechadas com profissionais da rede de atenção psicossocial do Paraná.

Eixo 2 - Mapeamento da atuação dos profissionais

- Entrevista não-estruturada com os profissionais da rede atenção psicossocial do Paraná.

Eixo 3 - Mapeamento dos dispositivos de atenção

- Aplicação de escala CRE com os usuários da rede de atenção psicossocial do Paraná.

A partir do contato com a coordenação dos serviços, todos os profissionais dos serviços serão convidados a participar dessa pesquisa, e apesar de a coleta de dados se dará de duas formas distintas (entrevista fechada e entrevista não-estruturada) essas acontecerão de forma consecutiva, num único encontro com os profissionais. Quanto aos usuários, serão selecionados de forma aleatória, desde que concordem com a participação na pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram apresentados. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD. Apresentada justificativa sobre o prazo de envio da Declaração final Coparticipação.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 896.740

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CURITIBA, 03 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Claudia Seely Rocco**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2ª andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



ANEXO 4 – Termo de concordância com a pesquisa – Comitê Intersetorial de Saúde Mental



Comitê Gestor Intersecretarial  
de Saúde Mental do Paraná

Paranaguá, 12 de novembro de 2013.

## Documento de concordância para Pesquisa Científica

O Comitê Regional Intersetorial de Saúde Mental do Litoral do Paraná está de acordo com a pesquisa **"Atenção à Saúde Mental do Paraná: serviços, profissionais e dispositivos de atenção da regional do litoral"**, que será realizada nos serviços de saúde da região do litoral. A pesquisa é de responsabilidade do Professor Dr. Adriano Furtado Holanda do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Atenciosamente



Marcia Silvana Fernandes  
Coordenação Comitê Regional Saúde Mental